Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

55350

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE

SAVOIR:

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES,
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

ET

BULLETIN MÉDICAL BELGE, REUNIS.

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR J.-R. MARINUS.

TOME TRENTE-UNIÈME.

MARS 1835. — 3e LIVRAISON DE LA 3e ANNÉE.

Bruxelles,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, No 33.

1835.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

FÉVRIER 1835.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

—

Du catarrhe de la vessie, dépendant de l'existence des calculs urinaires; par M. Leroy (d'Étiolles.)

Le catarrhe de la vessie est un accompagnement fréquent de la pierre, et pour l'ordinaire il n'en est que la conséquence; dans le plus grand nombre des cas en effet, dès que la pierre est enlevée par quelque méthode que ce soit, l'inflammation catarrhale disparaît. Les degrés auxquels peut exister cette inflammation sont extrêmement variables; chez un certain nombre de malades les mucosités qui en sont le produit et le signe sont très-peu abondantes et chez quelques autres elles forment le quart, la moitié de la totalité de l'urine rendue. L'aspect de ces mucosités est également fort différent; tantôt elles ne produisent qu'un simple nuage, le plus souvent elles forment au fond du vase une masse visqueuse, filante, semblable au blanc d'œuf, mais plus tenace; parfois c'est un dépôt formé de flocons muqueux concrétés; d'autres fois enfin c'est un véritable pus que tient l'urine en suspension.

La nature du calcul exerce une très-grande influence sur la nature et le degré de l'inflammation catarrhale de la vessie; la plupart des auteurs ont omis de tenir compte de ce fait, et beaucoup de ceux qui en ont parlé ont avancé le contraire de ce qui existe, mettant ce que le raisonnement leur faisait supposer à la place de ce que l'observation leur aurait appris. En effet, c'est une opinion assez généralement admise que le degré d'inflammation catarrhale de la vessie et la douleur qui l'accompagne sont en raison du plus ou moins d'aspérités de la surface de la pierre; il semble naturel au premier abord qu'il en soit ainsi; et pourtant l'observation montre le contraire; les calculs formés par l'oxalate de chaux ordinairement hérissés de mamelons qui les font ressembler à une mure et leur en ont fait donner le nom, sont ceux dont le séjour dans la vessie produit le moins d'inflammation, tandis que les calculs formés par les phosphates triples dont la surface est lisse dans la plupart des cas, sont presque toujours accompagnés d'un catarrhe vésical très-intense et d'une altération profonde de la muqueuse.

Cette observation a je crois été faite pour la première fois par Marcet; suivant lui, cette disposition catarrhale, non-seulement serait l'accompagnement obligé de la diathèse phosphatique dans laquelle est atteint le maximum de son développement, mais elle précéderait même la formation de tous les calculs. M. Heurteloup considère l'inflammation de la membrane muqueuse comme la cause constante et unique de la formation des calculs phosphatiques; cette opinion, que déjà M. Forbes avait émise sans l'appuyer d'autant de faits et de raisonnemens, semble rationnelle au premier abord; ainsi, lorsque les phosphates viennent se déposer sur une pierre existant déjà dans la vessie depuis longtemps ou sur des corps étrangers qui s'y trouvent introduits d'une manière quelconque, l'on voit manifestement l'influence de l'inflammation sur la formation de ce sel mixte; mais si l'on se rappelle que bien des catarrhes de la vessie ne déterminent pas la formation de phosphates; que beaucoup de pierres d'acide urique ou d'oxalate de chaux séjournent pendant des années dans cet organe, y acquièrent un volume considérable, l'irritent plus ou moins sans que la déposition des phosphates survienne, on en concluera que cette déposition n'est pas simplement un produit inflammatoire, et l'on reconnaîtra qu'il existe une diathèse phosphatique de même qu'une diathèse urique et oxalique. La diathèse phosphatique la plus grave de toutes, est accompagnée d'une altération profonde de la constitution, fort bien décrite par le docteur Prout dans son traité de la gravelle, quoiqu'il assigne à son développement une cause peu probable. Quelle que soit au surplus la raison de la formation des calculs de phosphate mixte, qu'ils soient cause ou effet de l'inflammation ou mieux cause et effet tout à la fois, cette inflammation est profonde; elle ne produit pas seulement une sécrétion muqueuse, mais fréquemment l'urine entraîne un véritable pus; et l'extraction de la pierre par l'une ou l'autre méthode, ne suffit pas toujours pour guérir cette forme du catarrhe vésical.

Lorsque le catarrhe de la vessie est causé par une rétention d'urine, le liquide ne laisse pas ordinairement déposer de mucosités plastiques, mais il est trouble, blanchâtre et fétide, quelquefois alors la vessie, au lieu d'être hypertrophiée, comme elle l'est ordinairement quand elle contient un calcul, a plus de capacité

et des parois très-minces ; mais ce n'est pas la pierre qui produit cet amincissement, comme le dit M. Civiale dans un article sur le catarrhe vésical, inséré dans le Bulletin de Thérapeutique Comment en effet cela pourrait-il avoir lieu?

L'amincissement des parois de la vessie et l'accroissement de la capacité de cet organe, qui du reste s'observent fort rarement, son produits par la rétention d'urine, qui elle même reconnaît pour cause première, non une paralysie de vessie, chose infiniment moins commune qu'on ne le pense généralement, mais un gonflement de la totalité et plus souvent d'une portion de la prostate. La tumeur prostatique fermant partiellement le col de la vessie, empêche d'abord l'évacuation entière de l'urine, elle augmente la rétention à mesure qu'elle prend du développement, et elle finit par la rendre complète, sans pour cela mettre un obstacle appréciable à l'introduction des sondes ; l'urine ainsi retenue s'altère, la vessie s'enflamme et le plus ordinairement, c'est seulement alors que la pierre se forme. Aussi les calculs qui existent dans ces vessies dites paralysées et affectées de catarrhe, sont-ils presque toujours composés de phosphate de chaux d'ammoniaque et de magnésie, c'est à dire qu'ils sont formés par déposition secondaire. Pour plus de détails sur les calculs existant avec catarrhe de vessie et rétention d'urine, je renvoie au mémoire que j'ai publié l'année dernière sur ce sujet dans la *Gazette Médicale*. La réunion du catarrhe de vessie, de la rétention d'urine et de la pierre n'est point un empêchement absolu à la lithotritie ; cette opération peut même faire disparaître à la fois les trois maladies, comme on le voit dans deux opérations rapportées dans le mémoire que je citais tout-à-l'heure ; les chirurgiens qui croient à la paralysie essentielle de la vessie sans lésion de la moelle épinière, attribueront le retour de la faculté d'uriner à l'excitation produite sur la vessie par l'action des instrumens ; pour moi, d'après les idées que je viens d'émettre sur la cause la plus fréquente de cette espèce de rétention d'urine, j'attribue la cessation de cette maladie à l'affaissement produit sur la tumeur par l'introduction des instrumens lithotribes. Pour ces cas de pierre avec rétention d'urine, divers moyens ont été imaginés pour procurer la sortie artificielle des détritus ; ce n'est pas ici le lieu de les décrire.

Lorsque le catarrhe est joint à la rétention d'urine et au calcul, il arrive parfois, surtout dans un âge avancé, que les symptômes s'aggravent subitement et que la mort ne tarde pas à en être la suite. Cette terminaison funeste peut être l'effet de la résorption purulente: mais elle est, je crois, plus souvent produite par le développement d'une néphrite à laquelle donne lieu la rétention d'urine prolongée ; dans ce cas on observe avec un état adynamique bien prononcé un hoquet presque continuel et très-fort que rien ne peut calmer ; ce hoquet est pour moi un signe certain d'une prochaine et funeste terminaison des affections des organes urinaires et spécialement des reins. Je suis surpris de ne pas voir ce symptôme si caractéristique indiqué par les auteurs: J.-L. Petit, seulement, dit que, dans l'étranglement de la vessie, le hoquet précède le vomissement, nulle part ailleurs je ne le vois mentionné.

Le catarrhe de la vessie, lors même qu'il existe à un haut degré, ne doit pas détourner de pratiquer la lithotripsie, quand d'ailleurs la poche-urinaire n'est pas trop contractée et que la pierre est de moyenne grosseur. En s'en tenant au raisonnement et à ce que l'on voit sur d'autres organes, on pourrait croire que le contact répété des instrumens lithotribes doit accroître l'inflammation de la vessie, et que, par suite la sécrétion catarrhale doit aller en augmentant avec les applications. En observant ce qui se passe, on voit au contraire en général le dépôt diminuer après chaque séance et disparaître tout-à-fait avant même que le dernier fragment de pierre soit évacué. Ce n'est pas que l'action des instrumens diminue le degré de l'inflammation ; elle ne fait que la modifier, ou même c'est par un léger accroissement de cette inflammation que la sécrétion diminue ou se supprime dans les premiers jours du traitement, ainsi que cela se voit du reste sur toutes les muqueuses lorsque de l'état chronique l'inflammation passe à un état un peu plus aigu ; aussi fréquemment observe-t-on que, le lendemain et le surlendemain d'une séance de lithotritie, la sécrétion muqueuse disparaît presque complétement pour reparaître quelques jours plus tard.

Si, dans la plupart des cas, le broiement fait cesser peu à peu le dépôt catarrhal à mesure que la destruction de la pierre avance, il faut convenir aussi que lorsque ce dépôt n'existe pas primitivement, l'opération le développe momentanément et même quelquefois abondamment ; mais cette sécrétion disparaît plus promptement encore que celle qui existait avant l'opération.

Le catarrhe ne cesse pas toujours complétement avec l'expulsion du dernier fragment ; parfois il persiste, et la douleur avec lui, pendant quinze jours ou un mois; j'ai opéré une dizaine de malades chez lesquels les choses ont eu lieu ainsi ; l'un d'eux, M. Cordier, imprimeur, rue des mathurins St-Jacques, n'a cessé qu'au bout de deux mois de rendre des mucosités déjà légèrement concrétées au moment de leur sortie, qui était accompagnée encore d'une assez vive douleur.

Quelquefois enfin, et c'est la condition la plus fâcheuse, le catarrhe vésical succède à l'opération et persiste pendant des années, résistant à tous les remèdes et produisant des douleurs égales à celles de la pierre. Cependant il ne faut pas croire trop légèrement à la nature de ces catarrhes, qui se prolongent ainsi indéfiniment après une opération de lithotritie ou de taille, il est bon de revenir à plusieurs reprises au cathétérisme, car d'ordinaire on finit par reconnaître qu'ils sont entretenus par des calculs.

J'ai déjà rapporté un fait, celui de M. Danzel, qui, opéré deux fois de la lithotritie, une fois par M. Civiale, une autre fois par moi, recommençait à souffrir et à rendre des urines troubles peu de temps après chaque opération : ayant été sondé par un grand nombre de

chirurgiens habiles sans que l'on eût trouvé de corps étranger, le catarrhe fut considéré long-temps comme essentiel ; j'ai fini par découvrir une pierre enchatonnée, que j'ai enlevée par la taille suspubienne avec des circonstances remarquables, qu'il serait trop long de rapporter, et qui trouveront place ailleurs. Je pourrais citer un assez grand nombre de faits analogues ; j'en choisirai quelques-uns, que je relaterai brièvement.

Obs. A. M. Poterlet fut opéré de la lithotritie en 1826, par M. Heurteloup : la pierre était blanchâtre et formée de phosphate ; les applications de l'instrument furent douloureuses ; après huit séances la sonde ne rencontrait plus de corps étranger, mais l'urine demeura trouble et bientôt la douleur en urinant se fit de nouveau sentir. Deux ans après, M. Amussat trouva une pierre dans la vessie de M. Poterlet et pratiqua la taille suspubienne : cette fois il y avait presque certitude que la vessie avait été débarrassée complétement : cependant les urines continuèrent à être troubles et deux ans plus tard, une troisième fois. M. Poterlet avait la pierre. M. Amussat tenta cette fois la lithotripsie avec le percuteur ; mais éprouvant de la difficulté à saisir le calcul, il pria M. Heurteloup de pratiquer la première séance ; l'opération fut ensuite continuée par M. Amussat. M. Poterlet fut encore considéré comme guéri, mais l'urine ne revint pas à son état naturel et la douleur se reproduisit. Le cathétérisme ne faisant trouver aucun corps étranger, le catarrhe de vessie fut regardé comme essentiel ; M. Poterlet vint me consulter, envoyé par mon ami M. le docteur Louis ; je le sondai debout avec une sonde de gomme élastique terminée par un bout métallique et je sentis à l'instant une pierre ; j'engageai M. Poterlet à revoir M. Amussat et à lui faire part de mon opinion sur la nature de sa maladie. J'essayai ensuite d'introduire une sonde d'argent, mais je rencontrai au col de la vessie un obstacle produit par une tuméfaction considérable de la prostate ; je ne cherchai pas à le franchir, car M. Poterlet n'ayant point de sujet de plainte contre le chirurgien qui précédemment lui donnait des soins, je ne crus pas devoir insister sur une exploration qui m'était personnellement inutile et devait être renouvelée par l'opérateur. Cette manière d'agir était loyale et d'un bon confrère ; elle fut pourtant méconnue et dénaturée dans le compte rendu de la suite de l'opération ; j'aime à croire que ce fut contre le gré de M. Amussat et à son insu : ce chirurgien distingué pratiqua de nouveau la lithotripsie ; les applications furent comme les précédentes fort douloureuses, car la sensibilité de la vessie de M. Poterlet est développée au plus haut degré : la guérison cette fois sera-t-elle durable ?

Obs. B. M. Chopin d'Arnouville, âgé de 76 ans, fut opéré de la pierre par la lithotripsie, il y a trois ans à peu près. L'observation contenant les détails de ce fait, et l'annonce de la guérison furent publiées dans la *Gazette médicale*. Cependant M. Chopin d'Arnouville continua de rendre des urines troubles et de souffrir en urinant ; ces douleurs s'accrurent ainsi que le catarrhe et atteignirent le plus haut degré d'acuité. Le cathétérisme pratiqué par M. Segalas à plusieurs reprises n'ayant point fait trouver de pierre, le catarrhe fut considéré comme essentiel, et pendant deux ans le malade fut en proie à de vives souffrances. Cependant la persistance de cette maladie donna la pensée de revenir à l'emploi de la sonde, et cette fois l'exploration fit découvrir une pierre ; la lithotripsie fut de nouveau pratiquée par M. Segalas ; après deux séances, la sonde ne faisait plus rencontrer de calcul, et cependant le catarrhe et la douleur persistent ; plusieurs fragmens ont été expulsés depuis cette perquisition.

Obs C. M. Oudet fut opéré de la lithotritie en 1826 par M. Civiale ; quelques temps après les douleurs reparurent, et le malade s'étant confié à M. Sourberbielle, fut soumis à la taille hypogastrique à laquelle succéda une fistule. Bientôt retour de la douleur ; un catarrhe des plus intenses se manifesta contre lequel on épuisa les ressources de la médecine. Le cathétérisme fit découvrir une nouvelle pierre, qui fut encore extraite par la taille suspubienne : au lieu d'une fistule il y en eut cinq cette fois, l'une au-dessus du pubis, les autres dans l'aîne et le scrotum ; le catarrhe vésical reparut plus violent que jamais ; la sonde fit pour la quatrième fois reconnaître un calcul. M. Civiale, auquel le malade avait rendu sa confiance, fit pénétrer une pince à trois branches à travers la fistule hypogastrique ; puis après avoir dilaté l'urètre, il introduisit l'instrument par ce canal et acheva la destruction de la pierre ; cependant, au dire de cet opérateur, le catarrhe vésical persiste, les fistules sont les mêmes, les extrémités inférieures sont œdématiées, et l'état de M. Oudet joint à son grand âge est de nature à inspirer des craintes et faire douter de la possibilité de guérir.

L'observation rapportée, p. 208 du Traité de la Lithotritie de M. Civiale, prouve également avec quelle promptitude la pierre se reproduit quelquefois. Les observations rapportées dans le même ouvrage, p. 79 et 188 dans lesquels on voit des malades que l'on supposait guéris rendre encore après quelques semaines des fragmens de pierre, montrent la nécessité qu'il y a de renouveler les explorations. Quelquefois les malades se refusent à des recherches ultérieures et retardent leur guérison en s'abusant sur la nature du catarrhe, et persistant à le considérer comme essentiel et indépendant de l'existence d'un corps étranger ; j'en ai actuellement un exemple sous les yeux dans la personne de M. le comte de L... D... que j'ai opéré de la pierre, dans les mois d'avril, mai et juin 1834, et chez lequel, après treize séances employées à détruire dix à douze calculs, un catarrhe s'est manifesté au moment où la vessie paraissait presque complétement débarrassée ; il ne m'a point été permis depuis lors d'explorer cet organe pour m'assurer si un reste de pierre ne serait pas la cause d'une fluxion aussi persistante, bien que mes instances fussent appuyées de l'avis de M. Dubois, Magendie et Salmade. J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait, et j'espère qu'alors l'observation sera complétée par une entière guérison.

Lorsque le catarrhe est purulent, lorsque la vessie

saigne abondamment au moindre contact, mais n'est pas hypertrophiée et contient une pierre de moyenne grosseur, la lithotripsie me paraît présenter des chances à peu près égales à celle de l'opération de la taille.

Enfin, lorsque le catarrhe étant de mauvaise nature, la vessie est hypertrophiée, racornie, la pierre volumineuse, la sensibilité exaltée, alors la lithotripsie doit être repoussée: à plus forte raison, si à ces conditions défavorables viennent s'en ajouter d'autres tirées de l'âge et de la constitution du sujet: si l'opération de la taille elle-même n'offre alors que peu d'espoir, du moins elle donne la certitude d'enlever la cause du mal et elle ouvre la seule voie qui reste pour la guérison.

L'unique remède du catarrhe entretenu par l'existence d'un calcul, c'est l'extraction du corps étranger par l'une ou l'autre méthode.

Lorsque le catarrhe dépend de l'altération de l'urine que produit une rétention complète ou incomplète, il cesse avec la retention ou même par l'introduction de la sonde répétée plusieurs fois chaque jour.

Lorsque le catarrhe persiste après l'opération, et que la vessie est libre de corps étranger, le traitement est celui du catarrhe essentiel; ici comme pour beaucoup d'autres maladies la multiplicité des remèdes proposés, n'est qu'une fausse richesse et un indice de leur peu d'efficacité. Toutefois, ceux qui réussissent le mieux sont les résineux à l'intérieur et en injections unis à l'opium, le goudron, la térébenthine, le copahu; tels sont les substances dont je fais le plus souvent usage. Les diurétiques puissans et à haute dose font disparaître des catarrhes qui avaient résisté à l'emploi des résineux. Les injections légèrement excitantes, irritantes même, réussissent à guérir quelquefois. Les bains de Barrèges et de vapeur sulfureuses produisent de bons effets dans le catarrhe qu'entretiennent les vices dartreux et rhumatismal; enfin, il y a des catarrhes de vessie qui ne cèdent qu'au temps et au changement de climat.

De la crépitation des coulisses tendineuses radiales. — Erreurs de diagnostic qu'elle peut entrainer. — Sa cause. — Son traitement.

Une maladie qui se remarque assez souvent dans la pratique, mais qui n'a pas encore été l'objet d'une description spéciale, de la part des auteurs, est celle que caractérise un gonflement avec légère douleur et rougeur peu marquée de la peau, ayant son siége à la partie radiale et inférieure de l'avant-bras, et s'accompagnant d'un certain bruit (*crepitus*) dans les mouvemens d'adduction et d'extension du pouce. Ce bruit particulier, qui est le phénomène le plus intéressant de cette affection, ne ressemble pas d'ailleurs, pour qui a l'habitude d'observer, à la crépitation qui résulte du frottement des fragmens d'une fracture, ni même à celle qui accompagne l'emphysème, bien qu'on ne puisse lui donner un autre nom; on sent qu'il résulte du frottement de deux surfaces légèrement rugueuses, et en même temps humides l'une sur l'autre.

Le gonflement, quelquefois assez apparent, l'est si peu dans d'autres cas, qu'on ne l'aperçoit qu'en examinant les parties avec beaucoup d'attention. Toutefois il est toujours dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, figurant une portion de spirale et affectant la direction de la coulisse fibreuse des tendons qui se rendent à la racine du pouce. La douleur est généralement peu vive, lorsque la main est en repos; elle augmente toutes les fois que le malade cherche à mouvoir le pouce, ou qu'on exerce sur la partie gonflée un certain degré de pression. On ne remarque du reste aucun changement dans l'état des parties environnantes; et il est facile de se convaincre que la maladie est entièrement bornée à la coulisse des tendons des court extenseur et long adducteur du pouce.

Cette affection se remarque plus particulièrement chez les individus dont la profession exige la pronation répétée et forcée de la main, en même temps que les doigts, et le pouce particulièrement, se contractent sur un objet qu'ils doivent tenir solidement fixé. C'est ainsi que les blanchisseuses, les buandières, qui fatiguent journellement leurs poignets pour tordre ou ployer le linge, y sont surtout exposées; c'est ainsi qu'on l'observe encore sur les forgerons, les vignerons, les moissonneurs et la plupart des ouvriers livrés à des travaux qui les obligent à de fréquens mouvemens de suppination et de pronation de la main.

On pourrait la confondre d'abord avec une inflammation phlegmoneuse commençante ou avec une érysipèle peu étendue; mais la méprise qu'elle a le plus souvent fait naître, c'est d'avoir fait croire faussement à l'existence d'une fracture de la partie inférieure du radius. C'est à l'occasion de cette erreur, en effet, que M. Velpeau l'a d'abord remarquée. C'était en 1818, à l'hôpital de Tours. Un jeune menuisier vint à la consultation de cet hôpital pour faire enouvelerr l'appareil qu'on lui avait placé sur l'avant-bras, quelques jours avant, pour une prétendue fracture de l'avant-bras. L'appareil étant enlevé, on voulut constater l'existence de la fracture, et bientôt on put se convaincre, par les mouvemens imprimés au pouce, que la crépitation dont il est ici question, en avait imposé au chirurgien, et avait fait supposer une rupture de l'os, qui n'existait réellement pas. Depuis lors M. Velpeau a observé deux cas semblables, au mois de novembre dernier, à la Pitié, et un autre à l'époque où il était chargé du service chirurgical de l'hôpital S.-Antoine. La fréquence de cette lésion est telle qu'il ne se passe pas de mois sans qu'on n'en rencontre quelques exemples aux consultations publiques de chaque hôpital de Paris, et que M. Velpeau à lui seul pourrait en rassembler maintenant près de vingt-cinq cas. Cependant, jusqu'ici M. Boyer est à peu près le seul qui en ait fait mention: encore n'en dit-il que quelques mots à l'occasion des fractures de l'avant-bras, et parce qu'il avait senti lui-même la possibilité de l'erreur qui vient d'être signalée, erreur qui

devra nécessairement être moins fréquente, à présent que la circonstance qui peut y donner lieu est signalée à l'attention des chirurgiens.

La nature de cette affection n'a point encore pu être déterminée par la dissection, attendu qu'aucun cas n'a été et ne peut être suivi de la mort du sujet; toutefois il est difficile de ne pas admettre que son siége soit dans la double coulisse qui se voit sur la face externe et postérieure de l'extrémité inférieure du radius. Là se trouvent deux tendons obligés de se contourner sur un os et de frotter à chaque instant l'un contre l'autre et de plus dans un canal à parois très-denses, ce qui explique comment une irritation peut s'établir, dans ce point, au moindre excès dans l'action du pouce. On sait du reste que les surfaces synoviales font entendre une sorte de crépitation lorsqu'elles sont le siége d'une irritation modérée ou d'une altération quelconque de l'exhalation du liquide qui les lubréfie. D'ailleurs, on acquiert la certitude que la crépitation dans le cas dont il s'agit est due au glissement des tendons dans leurs coulisses fibreuses quand, tenant la partie gonflée à pleine main, on fait exécuter au pouce des mouvemens d'extension et d'adduction. Enfin, si l'on ajoute qu'il y a rougeur à la peau, que les tissu cellulaire sous-cutané présente un certain gonflement, que toute la partie est chaude et douloureuse, on sera nécessairement porté à penser que la maladie est de nature inflammatoire; c'est une phlegmasie modérée des coulisses fibreuses désignées plus haut, avec sécheresse et rugosité légère des surfaces synoviales contiguës.

La marche de cette affection est assez constamment la même; rarement elle dure moins de huit jours; rarement aussi elle dépasse trois semaines ou un mois. La durée moyenne est en conséquence d'environ quinze jours. Aucun des malades que M. Velpeau a pu observer jusqu'ici, ne s'en sont ressentis au bout de six semaines, bien qu'ils aient été traités par des moyens fort divers, et que plusieurs d'entre eux n'aient subi aucun traitement. Jamais ce chirurgien n'a rencontré la moindre tendance à la suppuration ni à l'extension de la phlegmasie cutanée. C'est en conséquence la résolution qui paraît en être la terminaison en quelque sorte inévitable.

Le traitement employé jusqu'ici n'a pu être établi sur des bases fixes et invariables. Les sangsues appliquées au nombre de quinze, vingt et même trente, à deux ou trois reprises différentes sur plusieurs malades, n'ont pas paru abréger sensiblement la durée de l'affection. Les cataplasmes émolliens et résolutifs sont d'une efficacité tout aussi peu démontrée; il en est de même des embrocations avec l'eau-de-vie et le savon, le baume opodeldoch, les linimens opiacés ou alcalins. Des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, des frictions avec la pommade de belladone ou diverses autres pommades résolutives, n'ont pas semblé non plus être d'une grande utilité. Le seul moyen dont l'effet avantageux ne puisse être révoqué en doute est la compression méthodique combinée avec l'emploi des liquides résolutifs. On applique une compresse de linge souple, en quatre ou cinq doubles, sur toute la longueur de la partie gonflée, c'est à dire depuis le milieu de la face postérieure de l'avant bras jusque sur la racine du pouce et l'éminence thénar. Cette compresse est ensuite fixée à l'aide d'un bandage roulé bien appliqué. On imbide le tout, soit d'eau de saturne tiède, soit mieux encore d'eau-de-vie camphrée. En joignant à ce mode de pansement le repos absolu de la main, il est rare qu'au bout de huit jours la crépitation, le gonflement et la douleur n'aient pas complétement disparu. Une femme occupée à la buanderie de l'hôpital de la Pitié a même été guérie de cette manière, au mois de décembre dernier dans l'espace de cinq jours. Il faut dire aussi que le repos seul, quand l'affection est légère, a permis plusieurs fois aux malades de reprendre leurs occupations dès le dixième ou douzième jour. Ainsi le repos, les résolutifs associés à un bandage compressif sont, pour le moment, les seuls moyens qui aient eu réellement du succès dans le traitement de la crépitation des coulisses radiales.

De la résection complète du cubitus, comme moyen de prévenir l'amputation de l'avant-bras, par le docteur Malagodi.

L'opération qui va être décrite présente un grand intérêt, en ce qu'elle permet à l'opéré de faire encore usage de son bras et surtout de sa main, tandis que l'amputation ne lui laisse qu'une portion de membre inutile : On doit donc recueillir avec soin toutes les observations qui peuvent engager les médecins à la pratiquer.

Giuseppe Barbarini de Mondolfo (District de Senigallia), âgé de 20 ans, paysan très-robuste et d'un tempérament sanguin, reçut un coup de bâton à la partie moyenne et externe de l'avant-bras gauche; il n'en résulta sur le moment qu'une contusion peu grave pour laquelle ce jeune homme ne réclama aucun secours médical, et qui ne le détourna pas de ses travaux. Pourtant, peu de jours après, se montra une douleur obtuse et profonde dans le lieu de la contusion; cette douleur persista pendant six mois sans qu'il y eût à l'extérieur d'altération visible. Mais au bout de ce temps il se développa de la tuméfaction vers la partie moyenne du cubitus; cette tuméfaction augmenta peu à peu, s'étendit supérieurement et inférieurement dans presque toute la longueur de l'os, et grossit le volume de l'avant-bras de manière à déterminer le malade à réclamer le secours de l'art. Le 17 juin 1834, il entra à l'hôpital de St-Croce, à Fano.

L'avant-bras, à cette époque, a doublé de volume surtout dans son tiers inférieur, où l'on voit une aréole de quelque étendue sur les tégumens rougis et amincis. Dans le centre de cette aréole existe une croûte qui, après avoir été enlevée, laisse voir un petit pertuis fistuleux dans lequel un stylet peut pénétrer sans causer beaucoup de douleur; ce stylet traverse avec facilité un tissu qui semble constitué par un os ramolli. En com-

primant l'avant-bras dans tous les points où existe du gonflement, on sent sous la main une crépitation qui semble résulter de la rupture de minces lamelles osseuses. Ce caractère ainsi que le gonflement sont moins marqués vers le haut de l'avant-bras; et à deux doigts environ de l'olécrâne, on peut s'assurer que le cubitus est à l'état sain.

Nous passons sur les autres signes qui déterminèrent M. Malagodi à diagnostiquer une ostéosarcôme du cubitus, ainsi que sur les motifs qui l'engagèrent à désarticuler cet os dans son articulation radio-carpienne, et à le scier un peu au-dessous de l'olécrâne; nos lecteurs y suppléeront. Quelques considérations physiologiques et anatomiques doivent cependant trouver place ici. Le cubitus, bien qu'étant une des pièces principales de l'articulation huméro-cubitale n'a cependant qu'une importance secondaire dans l'articulation de l'avant-bras et du carpe. Cette articulation, on peut le dire, est entièrement constituée par le radius; d'où il résulte qu'elle ne perd rien de sa solidité, si l'on enlève la tête articulaire du cubitus. Au coude, où le cubitus constitue à lui seul toute l'articulation, il suffit, pour qu'il ne cesse de remplir ses fonctions, de le respecter dans l'étendue d'un pouce, car alors on conserve les attaches du triceps et du brachial antérieur lesquels font exécuter les mouvemens de flexion et d'extension. En enlevant toute la partie inférieure du cubitus, on isole, il est vrai, les muscles qui s'attachent le long de la diaphyse de cet os, et qui servent non-seulement à la pronation et à la supination, mais aussi aux mouvemens de quelques doigts; mais il est à remarquer que les muscles ainsi séparés de leurs attaches contractent, lorsque la plaie est cicatrisée, des adhérences avec les tissus voisins, qui si elles n'acquièrent pas une solidité assez grande pour rendre parfaits les mouvemens des parties sur lesquelles ces muscles agissent en ont cependant suffisamment. D'ailleurs les vaisseaux et les nerfs principaux qui se trouvent à l'avant-bras peuvent être respectés. La plaie, pour obtenir du succès, doit être, il est vrai, d'une étendue plus considérable que celle qui résulte de l'amputation; mais aussi combien est grand l'avantage de conserver le bras. Ces considération anatomico-physiologiques engagèrent M Malagodi à recourir à la résection pratiquée au moyen de la désarticulation dans l'article inférieur et de la section de l'os un pouce au-dessous de l'olécrâne.

Comme il était assez difficile de reconnaître si le radius participait ou non à la maladie, M. Malagodi, quoiqu'à peu près convaincu qu'il était sain, dirigea l'opération de manière à s'en assurer, afin de pouvoir, dans le cas où il eût été malade, recourir de suite à l'amputation.

Deux ou trois jours de repos, la diète, l'usage d'un purgatif, d'une saignée, préparèrent le malade, et le matin du 20 juin l'opération eut lieu. Le malade fut placé horizontalement sur un lit; deux aides furent chargés de tenir, l'un la main, l'autre le coude. Un tourniquet ayant été appliqué sur l'artère humérale pour prévenir l'hémorrhagie, une incision fut faite avec un bistouri droit depuis l'apophyse styloïde jusqu'au coude; cette incision courbe avait sa concavité tournée vers l'altération des tégumens; une autre incision fut faite qui, se réunissant aux deux extrémités de la première, présentait également sa concavité du côté de cette altération; ainsi fut formée une sorte d'ellipse qui circonscrivait les tégumens adhérens et ulcérés; ceux-ci furent soulevés à partir de l'extrémité supérieure, et l'on fit pénétrer au côté interne de l'os un couteau à tranchant convexe pour détacher de la tumeur les muscles et les aponévroses, ainsi que tous les tissus qui paraissaient sains; enfin lorsque l'opérateur fut parvenu dans l'espace interosseux, il put s'assurer que le radius ne participait pas à la maladie; il dirigea alors l'instrument vers l'articulation radio-carpienne, ouvrit la membrane capsulaire du carpe, désarticula l'extrémité inférieure du cubitus en coupant le tendon du cubital externe, qu'il ne put conserver. Toute la masse morbide fut alors isolée jusqu'à l'articulation du coude, où l'on trouva assez d'os sain pour pouvoir scier en lieu convenable; une plaque d'ivoire fut mise au-dessous de l'os dans le point où devait agir la scie, et toute la partie malade fut ainsi enlevée; le tourniquet fut alors relâché et on n'eut à lier que trois artères, l'interosseuse et deux artères superficielles. La plaie fut ensuite réunie par première intention, au moyen de bandelettes agglutinatives. Le malade soutint l'opération, qui d'ailleurs ne fut ni très-longue, ni très-douloureuse, avec courage, et son pouls se troubla peu. Il fut soumis à l'usage d'une solution étendue de tartre stibié; deux heures après saignée; diète absolue. Le soir, il se plaint de douleurs au bras opéré, le pouls est fébrile : seconde saignée, lavement, continuation du tartre stibié. Le lendemain la douleur et la fièvre sont moindres; il y a eu une évacuation; durant les cinq premiers jours les accidens inflammatoires persistant, cinq saignées sont employées. Le reste du traitement consiste en deux purgatifs oléagineux et un lavement quotidien; la diète et quelques bouillons. L'appareil est levé le cinquième jour; déjà la plaie est réunie dans plusieurs points; dès lors il n'y a plus rien de remarquable. La cicatrisation était complète au 35e jour. Le malade à cette époque remuait les doigts et pouvait serrer avec assez de force les corps d'un certain volume. Deux mois après, le docteur Malagodi vit le malade, qui lui apprit qu'il avait pu reprendre ses travaux champêtres et qu'il pouvait faire tout ce qu'il faisait avant la maladie.

Il existe dans l'histoire de l'art plusieurs cas de résection du cubitus; dans aucun d'eux cependant l'os n'a été enlevé en totalité. Voici les principaux : Gorcke, en 1793, fit cette incision dans l'étendue de quatre pouces, ainsi que Justamond : Moreau père la fit en 1794 deux fois, en 1797, deux fois; Moreau fils, Crampton, Roux, Belpech, Percy et quelques autres chirurgiens militaires Français la firent plusieurs fois. Dinus et Mazzosa à Milan y eurent également recours. Barond la fit deux fois à Bologne; dans l'articulation avec la main, en 1779, un Anglais, suivant Orred, réséqua trois pouces

du cubitus à sa partie moyenne par suite de carie; elle fut également pratiquée par Withusen à Harnia en 1819, par Cittadini à Arezzo, en 1820, par Warmuth à Wirceboug en 1827, et par Holscher en 1830.

(*Ext. du Bulletin des sciences médic. de Bologne.*)

Nouveau traitement des tumeurs érectiles.

Des divers modes de traitement employés par les chirurgiens de tous les pays pour détruire, d'une manière complète les tumeurs formées en partie ou en totalité par le tissu érectile, la compression, toutes les fois que la forme des parties ou toute autre cause n'est pas un obstacle a son emploi, est le moyen qui paraît offrir le moins de danger et le plus de sûreté, surtout quand elle est combinée avec les réfrigérans. On sait tous les inconvéniens attachés à l'excision de ces tumeurs, et dont le moindre est la réapparition de la maladie; on connaît son peu d'efficacité, lorsqu'on ne la seconde pas de la cautérisation, et que celle-ci laisse après elle des cicatrices difformes et ne peut d'ailleurs être mise en usage pour les tumeurs érectiles d'une certaine étendue.

Wardrop de Londres a imaginé une méthode de traitement qui joint à une sûreté assez grande l'avantage de n'être point douloureuse et de n'offrir aucun danger. Cette méthode consiste à établir sur la tumeur, soit un, soit plusieurs points d'ulcération artificielle, suivant l'étendue de la maladie, de manière à y provoquer une inflammation lente suivie d'une oblitération des aréoles qui forment le tissu érectile. Le seul reproche qu'on pourrait faire à ce traitement, c'est qu'il est en général fort long. Lorsque la tumeur a peu d'étendue, un seul point de suppuration peut suffire; mais dans le cas contraire on est obligé d'en établir plusieurs, et successivement, à la circonférence de la tumeur, jusqu'à la disparition de celle-ci. Voici comment on doit procéder.

On applique sur la tumeur un morceau de sparadrap percé à son centre d'une ouverture d'un diamètre de deux à trois lignes, ainsi qu'on le fait pour établir un exutoire avec la potasse caustique. On frotte ensuite la portion de la tumeur limitée par cette ouverture avec un morceau de potasse pure (que les Anglais appellent *Kali purum.*) Ce frottement doit durer jusqu'à ce que l'eschare soit formée, c'est-à-dire jusqu'à ce que la peau ait pris une teinte brunâtre; cela fait on recouvre le premier morceau de sparadrap, d'un autre sans ouverture. Après la chute de l'eschare, qui a lieu, comme à l'ordinaire, au bout de quelques jours, on panse la petite ulcération en la couvrant simplement d'un morceau de sparadrap; et dès que celle-ci commence à diminuer de diamètre par la cicatrisation, on y dépose un morceau de potasse caustique du volume d'une lentille qu'on maintient avec un morceau de sparadrap, exactement de la même manière que pour ouvrir un cautère. Lors que l'eschare s'est détachée on panse l'ulcération comme la première fois, puis au bout de quelque temps, 15, 20 ou 30 jours, on réapplique le caustique, et ainsi de suite jusqu'à la disparition de la tumeur.

Une seule ulcération centrale peut suffire quand la maladie est très-limitée; quand au contraire la tumeur offre une grand étendue, non-seulement on agit comme il vient d'être dit, à sa partie moyenne, mais encore sur plusieurs points de sa circonférence, et pendant tout le temps nécessaire, quelquefois plusieurs mois. En général l'action du caustique n'occasione aucune douleur au malade quand la suppuration est trop abondante, Wardrop la diminue en pansant l'ulcère avec le baume du Péron.

On a remarqué que dans les premiers temps, le mal semble si non augmenter, du moins, ne recevoir aucune influence favorable du traitement; mais bientôt après, des modifications favorables s'y manifestent.

Ce mode de traitement était peu connu et surtout nullement mis en usage chez nous, avant que M. Tarral de Londres ne l'eût rappelé de nouveau aux praticiens dans un mémoire sur les tumeurs érectiles. M. le professeur Roux vient d'y recourir avec avantage à la Charité, chez deux malades. L'un d'eux, enfant de 11 ans, portait au front une tumeur érectile congéniale grosse comme une noix; au bout de 15 jours la maladie sembla s'accroître; après une première, une seconde application de potasse caustique, et jusqu'au quarante-cinquième jour, nulle amélioration ne s'était montrée; jusqu'à la quatrième cautérisation, trois mois après la première, on n'avait obtenu aucun bénéfice; mais à cette époque la tumeur diminua de volume, et après le quatrième mois, la guérison était complète. Nous pensons que dans ce cas une compression méthodique, soutenue, dans un lieu aussi favorable, aurait tout aussi bien réussi. Le second malade opéré par M. Roux était un enfant de 18 mois qui portait une petite tumeur érectile sur l'aile du nez; chez lui deux applications du caustique firent disparaître la maladie.

De la térébenthine employée comme spécifique dans le traitement de la blennorrhagie.

J'ai été témoin, plusieurs fois, de l'efficacité de la térébenthine ordonnée à la place du copahu, lorsque ce dernier était resté sans résultat dans le traitement de la gonorrhée. La formule qui suit est celle que j'ai vu employer le plus souvent.

Eau de menthe poivrée	quatre onces.
Térébenthine de Venise	une once.
Gomme arabique	q. s.
Sirop simple	une once.
Ext. de belladone	un grain.

Pour une potion emulsive. Prendre les deux premiers jours, deux cuillérées, une le matin et une le soir; le

troisième et le quatrième jours, trois cuillérées ; une le matin, une à midi et une le soir. Cette potion est momentanément suspendue lorsque son action est trop immédiate sur le tube intestinal.

Je ferai remarquer que contrairement au docteur Pitschaft qui prescrit sa mixture dès le début de la maladie, celle que je viens de formuler n'est ordonnée que lorsque le malade est dans un état de calme et que l'irritation a été détruite après quelques jours d'un traitement anti-phlogistique.

Le baume du copahu ou mieux la résine de copahu, est un médicament qui a été trop vanté ; rarement celui que le commerce fournit est pur il est presque toujours falsifié avec l'huile de ricin altérée et avec de la térébenthine, et même cette altération est assez difficile à reconnaître.

Je crois que l'on aurait un grand avantage à employer dans le traitement de la blennorrhagie la térébenthine de Chio ou celle de mélèse dite de Venise à la place de la résine de copahu. On aurait des résultats plus constans.

Ebriart.

MÉDECINE LÉGALE.

—

Lettre sur l'impuissance considérée dans ses rapports avec le mariage (1).

A MM. les rédacteurs du Journal des Connaissances Médicales.

L'article que renferme le dernier numéro de votre journal, sous le titre de l'*impuissance considérée comme cause de nullité du mariage*, mérite, sous plus d'un rapport, de fixer l'attention des jurisconsultes et des médecins légistes. Les questions qu'il soulève sont intimement liées à l'honneur et au repos des familles, et j'ai pensé que vous voudriez bien accueillir quelques observations à l'appui de celles que vous avez si judicieusement développées. Avant de passer à la discussion de la législation actuelle, examinons en peu de mots quel était à cet égard l'ancienne jurisprudence; nous pourrons en tirer quelques inductions utiles.

L'épreuve la plus célèbre dont nous ayons pu retrouver les traces, est celle du congrès. Quelques auteurs en attribuent l'origine à l'effronterie d'un jeune homme, qui, étant accusé d'impuissance, offrit de prouver le contraire en présence de chirurgiens et de matrones. L'official eut l'imprudence d'admettre ce nouveau genre de preuve, et cet exemple dangereux fut suivi par les autres officiaux, et autorisé même par les parlemens. Du reste, il n'est fait aucune mention de cette coutume dans le droit civil et dans le droit canonique, et il se maintint jusqu'à l'année 1677, où il fut solennellement aboli par le parlement de Paris.

Cependant, sous l'empire d'une législation qui n'admettait pas l'indissolubilité des liens du mariage, dès qu'il était consommé, et qui avait adopté cette loi de l'Evangile : *Quod Deus conjunxit, homo non separet*, l'homme et la femme ne pouvaient se séparer, après s'être unis, qu'en prouvant qu'il n'y avait entre eux qu'un simulacre de mariage, et que les lois et la religion n'avaient pu éterniser des nœuds que la nature ne leur avait pas donné le pouvoir de former. Telle est l'origine de toutes ces accusations d'impuissance, et si on ne les retrouve pas chez les peuples anciens, c'est qu'ils pouvaient rompre une union qui n'était que fictive, et laisser, en se séparant, ignorer à la société les motifs de leur séparation ; la honte de l'impuissance était alors couverte de toutes les autres causes naturelles et légales du divorce.

Mais ces principes si justes, si conservateurs, recevaient journellement d'étranges applications. Au lieu de se borner aux caractères visibles d'impuissance, c'est-à-dire à ceux qui résultent de vices patens de conformation, on se livrait aux discussions médicales les plus compliquées, pour connaître de quel côté provenait l'impuissance. La question était engagée à la fois et sous le rapport physique, et sous le rapport moral, et sous le point de vue physiologique. On ne se contentait pas de reconnaître si l'homme était bien constitué, on recherchait encore s'il renfermait en lui-même les germes de la génération. *Frigidus is censetur*, disent les auteurs du temps, *qui, licet habeat membrum, habet tamen inutile ad copulam, quia inerigibile.* Les conditions requises, disent d'autres jurisconsultes se résument en celles-ci : *conformation*, *mouvement*, *pénétration*, *expulsion.* Quiconque est privé de toutes ces choses ou de quelques-unes, ou même d'une seule, est réputé impuissant.

On voit de suite dans quel dédale inextricable devaient jeter de semblables doctrines, et combien étaient incertaines les preuves sur lesquelles se fondaient les jugemens rendus en pareille matière. Cependant à mesure que la civilisation se répandit parmi nous, les procès pour cause d'impuissance devinrent plus rares, et lorsque parut le Code civil, il y avait bien long-temps qu'on n'avait entendu parler de semblables débats.

Soit oubli, soit préoccupation des scandales occasionés par les anciens procès de cette sorte, le Code civil ne mentionne pas l'impuissance au nombre des causes de nullité du mariage ; il se renferme dans une expression générale : *l'erreur dans la personne*, et il l'admit, ainsi que le défaut de consentement de l'une des parties, comme une cause absolue de nullité. Du reste, il ne donna aucune explication sur ce qu'on devait entendre par ces mots *erreur dans la personne*, et

---

(1) Nous croyons devoir communiquer à nos lecteurs le réflexions judicieuses et vraiment importantes que notre collaborateur, M. Trébuchet, nous a adressées au sujet de notre dernier article; elles pourront servir à éclairer la législation sur un point aussi délicat.

il faut recourir aux discussions qui eurent lieu lors de cette rédaction, pour obtenir quelques éclaircissemens. « L'erreur en matière de mariage, dit un orateur, ne s'entend pas d'une simple erreur sur les qualités, la fortune ou la condition de la personne à laquelle on s'unit, mais d'une erreur qui aurait pour objet la personne même. Mon intention déclarée était d'épouser une telle personne ; ou je me trompe, ou je me suis trompé par un concours singulier de circonstances, et j'en épouse une autre qui lui est substituée à mon insu, et contre mon gré ; le mariage est nul. »

Raisonner ainsi est, il nous semble, restreindre à plaisir le sens de l'article 180 du Code civil. Sans doute il y aurait folie à vouloir rompre un mariage parce que le conjoint est laid et qu'on le croyait beau ; est pauvre, et qu'on le croyait riche ; est méchant, et qu'on le croyait bon. Mais quoi ! n'y a-t-il pas des motifs plus graves qui établissent bien évidemment une erreur dans la personne de celui qu'on épouse, bien que ce soit lui qu'on ait voulu épouser ? N'y a-t-il pas erreur dans la personne quand on veut épouser un homme dans le but naturel du mariage, et qu'au lieu d'un homme on n'épouse qu'un eunuque ? L'erreur ici n'est-elle pas assez palpable, et, comme le dit très-bien M. Beaude : « décider autrement n'est-ce pas encourager l'adultère ? En bonne justice et en sévère équité, une femme doit-elle se regarder comme engagée avec un pareil mari, peut-être pris à son insu, et par qui elle a été indignement trompée ? » Poursuivons ce raisonnement : le contrat de mariage est soumis aux règles générales à tous les contrats ; or l'une des règles les plus essentielles à la validité des contrats est qu'il y ait consentement, et le consentement est nul lorsqu'il a été donné par erreur ou surpris par dol. (Code civil, art. 1108 et 1109). Ainsi, nous le demandons, n'est-il pas évident que si les parens et la femme avaient su que le futur était radicalement privé des signes les plus certains de la virilité, ils n'eussent pas consenti au mariage, et qu'il n'a obtenu ce consentement que par un dol coupable, en leur cachant ce qui plus tard devait faire le désespoir de toute une famille. Le consentement est donc comme non avenu, et il en est de même de l'acte qui en a été la conséquence. C'est ce qu'a jugé la cour royale de Trèves par un arrêt du 27 janvier 1808, que j'ai rapporté dans mon livre de la Jurisprudence médicale, et dont voici les motifs : Attendu 1° que les causes physiques et le défaut de conformation qui s'opposent au but naturel et légal du mariage, sont des empêchemens qui l'annulent de plein droit ; 2° que les nullités dont il est fait mention dans le Code Napoléon n'ont évidemment rapport qu'aux cas prévus par le même code, et qu'ainsi la fin de non-recevoir opposée par l'intimée, n'est dans l'espèce d'aucune considération ;

Par ces motifs,

« La Cour... ordonne que par des gens de l'art, dont les parties conviendront dans le délai de trois jours, ou qui, faute de ce, seront nommés d'office ; l'intimée sera vue et visitée, à l'effet de constater si son état physique et sa conformation s'opposent au but légal et naturel du mariage ; et dans les cas où il existerait un obstacle à cet effet, s'il existait déjà avant le mariage, ou s'il est survenu depuis, et s'il est possible d'y remédier. » Cette visite eut lieu, et le mariage fut annulé par un arrêt de la même cour, du 1er juillet suivant.

» Le Code civil, dit Merlin, ne s'explique pas sur l'impuissance, et la loi du 20 septembrs 1792 n'en parlait pas plus que lui. Doit-on conclure de là que la législation a voulu mettre à l'abri de toute attaque le mariage qu'aurait contracté un individu à qui la nature aurait refusé les organes nécessaires pour le consommer, ou qui en aurait été privé, soit par une opération de l'art, soit par un accident quelconque ? On peut dire qu'un pareil mariage serait essentiellement renié, même d'après le Code civil, par l'erreur dans laquelle cet individu aurait induit la personne qui aurait cru en faire son époux : car l'art. 246 de ce code déclare *qu'il n'y a point de mariage, lorsqu'il n'y a point de consentement ;* et il n'y a certainement point de consentement lorsqu'il y a erreur sur une qualité de cette nature. Il paraît cependant que l'on doit, à cet égard, distinguer entre l'impuissance naturelle et l'impuissance accidentelle. »

Cette opinion est celle de Toullier, l'une des autorités les plus imposantes en ce genre ; il écarte l'impuissance, lorsqu'elle est survenue postérieurement à la célébration du mariage ; mais il pense que l'impuissance réelle qui a précédé cette union en entraîne la nullité, 1° parce que l'art. 312 du Code civil permet au mari de désavouer un enfant, lorsqu'au moment de la conception présumée il se trouvait, par l'effet d'un accident, dans l'impossibilité de co-habiter avec sa femme ; 2° parce qu'il y aurait erreur ; et 3° par suite du dol.

Cependant l'opinion générale des cours et des tribunaux en prononçant aujourd'hui contre ces motifs de nullité, et d'autres jurisconsultes parmi lesquels nous citerons Favard de Langlade, sont d'un avis contraire à ceux de Merlin et de Toullier. « L'impuissance, dit Favard, n'est aujourd'hui ni une cause de dissolution du mariage, ni même un simple empêchement prohibitif. Nos mœurs répugnent à la constatation toujours difficile ; toujours indécente et rarement sûre d'une infirmité enveloppée des mystères de la nature... Le mariage est parfait aussitôt qu'il a été reçu par l'officier de l'état-civil, et la circonstance postérieure de la consommation ou de la non-consommation ne peut ni le fortifier, ni l'invalider.

On pourrait peut-être répondre à ces objections, qu'en n'admettant l'impuissance que *pour des faits visibles, patents, hors de toute espèce de doute*, la constatation ne serait ni difficile ni incertaine ; quant à la décence, elle n'en éprouverait pas des atteintes plus graves que celles qui lui sont journellement portées par les explorations corporelles ordonnées dans une foule de cas par les tribunaux ; explorations sur lesquelles je reviendrai un jour, et qui ne fixent peut-être pas assez l'attention des légistes.

En résumé, on comprend combien l'exemple des temps passés doit arrêter les tribunaux dans les juge-

mens qu'ils sont appelés à prononcer sur les nullités de mariages pour cause d'impuissance. Mais cependant il est des cas tellement exceptionnels, et qui permettent si peu ce doute, tels que celui dont parle M. Beaude, ou encore celui dont les journaux anglais nous ont récemment entretenus, que la morale publique et l'intérêt de la société semblent exiger que de semblables nœuds soient rompus. Au surplus, n'émettant ici que des doutes; je ne puis me permettre de formuler une opinion sur un sujet aussi délicat et qui a été médité par les plus graves esprits, je laisse à d'autres plus habiles, la tâche de résoudre cette question. Quant à moi, je demande la lumière et si je me trompe, je remercierai ceux qui m'auront éclairé.

Agréez, Messieurs, etc.

AD. TREBUCHET, *avocat.*

MÉLANGES.

AVANTAGES DE LA RÉUNION DE DIVERS MÉDICAMENS DANS LES PRESCRIPTIONS; par HUFELAND.

Au moment où la doctrine homœopathique vient nous imposer l'emploi des médicamens simples, il est curieux de voir le professeur Hufeland, le plus célèbre praticien de l'Allemagne, appuyer de sa vaste expérience l'utilité des médicamens composés.

« Un des principes les plus importans et les plus féconds de la médecine, consiste dans la composition des médicamens. C'est un pouvoir que le médecin libre possède, dont il ne doit pas se désaisir, et qu'il ne doit se laisser ravir sous aucun prétexte. Déjà deux fois nous avons été en danger de le perdre. La première fois, lorsque l'influence de la chimie envahit la médecine, et qu'elle voulut la soumettre à ses règles, s'obstinant à ne permettre aucun composé qui ne fût pas en accord avec les lois d'affinité. Une seconde fois nous en fûmes menacés, lorsque l'esprit de système, avec sa main de fer qui opprime tout, divisa arbitrairement tous les médicamens en deux classes opposées, en qualifiant d'insensés les médecins qui dans une formule unissaient deux médicamens, contraires selon eux, parce que suivant leurs principes, ces remèdes devaient se détruire mutuellement par leur union.

Voilà maintenant l'homœopathie qui rejette entièrement tout composé médicinal, et en déclare l'usage contraire à la raison et pernicieux aux malades; examinons donc la question.

1° Il arrive souvent que, dans le traitement curatif d'une maladie, lorsqu'elle est curable, ou dans son traitement palliatif, lorsqu'elle est incurable, le médecin se trouve avoir plusieurs indications à remplir. Quel est le médecin qui ignore que le même malade peut présenter à la fois plusieurs maladies qui exigent en même temps des secours, et veulent, comme on dit d'ordinaire, être traitées symptômatiquement? Nous en avons un exemple dans les embarras gastriques accompagnés de faiblesse. L'efficacité d'un mélange de rhubarde, de pissenlit, de sel et de quinquina, n'est-elle pas bien connue? La complication d'une affection nerveuse avec une maladie rhumatique ou psorique, n'est-elle pas très-souvent radicalement guérie par un composé de médicamens antispasmodiques, anti-rhumatiques et antipsoriques, comme le souffre, l'antimoine, la valériane?

En second lieu, il est nécessaire de s'en rapporter à l'observation et à l'expérience pour apprécier le degré de force d'un médicament. On a recours tous les jours à un fortifiant, au quinquina, à la casse et à d'autres substances semblables sans obtenir l'effet attendu. Dans ces cas, nous combinons quelque stimulant volatil, à savoir, la serpentaire, le vin, l'alcool, et aussitôt le mélange développe le pouvoir fortifiant qu'on attend de lui. Cet avantage de la composition ne se borne pas à cet ordre de moyens, mais aussi à tous les autres et même aux spécifiques; nous en avons un exemple dans la combinaison du mercure avec l'alcool (*æther mercurialis*) qui, pour ainsi dire, prête des ailes au mercure. Ainsi, lorsque les diurétiques et les évacuans ne réussissent pas dans l'hydropisie, nous leur unissons le vin, et nous obtenons l'effet désiré.

Le même avantage résulte de l'addition d'un médicament pour imprimer au médicament principal une direction vers un organe ou un système organique, dans un état donné de maladie. L'addition du vin antimonié d'Huxham ou du tartre stibié émétique aux mixtures antiphlogistiques, dans le cas de fièvres inflammatoires, et principalement d'inflammations de poitrine, communique à tout l'organisme une activité précieuse en provoquant l'évaporation vers la peau et les poumons ainsi que le fait la crise elle-même : aussi, dans ma pratique, ai-je toujours eu soin d'antimonialiser les teintures contre les fièvres. Également quand le quina seul ne peut emporter la fièvre, nous l'unissons à l'opium, et alors il devient plus efficace; dans la fièvre intermittente, pernicieuse, le salut du malade dépend fréquemment de l'addition de l'opium au quinquina.

En troisième lieu, il faut considérer que souvent dans la pratique, il faut diminuer, modifier, régulariser l'action du médicament. Combien de fois ne sommes-nous pas obligés, en trouvant augmentée l'irritabilité de l'estomac, du canal intestinal et généralement du système nerveux, de combiner nos remèdes avec un narcotique doux et calmant pour le rendre, non-seulement utiles, mais même supportables. Je puis assurer que souvent, dans ces cas, j'ai dû le succès de mes cures à l'addition de quelques grains d'extrait de jusquiame. Voulons-nous soumettre un malade à l'action du mercure, sans l'exposer à l'incommodité de la salivation, l'adjonction du soufre nous offre un moyen sûr de l'éviter. L'union de la poudre d'une substance riche en tannin avec les sels métalliques, produit certes des décompositions, mais il en résulte un nouvel effet, qui dans beaucoup de cas est d'une valeur inappréciable; je citerai à ce sujet pour exemple, l'emploi que fit un de

mes amis, dans différens cas de fièvres aiguës, et principalement de fièvres inflammatoires compliquées de gastricisme de l'union du nitre au sel de Glauber, pour agir efficacement sur le tube intestinal. Ce mélange, au lieu de purger largement, produisait des évacuations médiocres, mais salutaires, et la fièvre diminuait d'une manière surprenante; des crises générales survenaient et la continuation de ce mélange en amenait la guérison parfaite.

Au moyen de ces mélanges, il n'y a pas seulement de nouveaux médicamens chimiques de formés, mais aussi de nouveaux médicamens dynamiques, comme le prouvent les effets des mélanges dans lesquels les composans semblent être incompatibles. Nous ne rappellerons que les pilules hydrargirées de Janin, la décoction de Zittmann, les pilules balsamiques d'Hoffmann, l'élixir apéritif, les poudres de Dower, etc., et tant d'autres remèdes dont on ne peut changer un ingrédient sans en détruire l'efficacité.

Enfin il est nécessaire de tenir compte de l'idiosyncrasie du malade, qui guide souvent dans la combinaison de différens médicamens principaux.

Cela posé, pourquoi perdrions-nous tous ces avantages pour sacrifier à la simplicité de la médecine, qu'on interprète quelquefois si mal? Personne plus que moi n'est pénétré de l'utilité de la simplicité dans l'art de guérir; j'accorde de tout mon cœur que, lorsqu'il s'agit de connaître ou de maintenir dans son intégrité l'action d'un remède important, on doit l'employer sans mélange aucun. Mais il ne faut pas pour cela exclure les cas où il y a absolue nécessité d'unir plusieurs médicamens, et personne n'est en droit de poser des bornes à l'exercice de l'art, et de le priver du privilége inappréciable de créer de nouveaux moyens pour le salut de l'humanité.

Ajoutons de plus que les nouveaux partisans de la simplicité des remèdes sont, comme tous les autres, dans un aveuglement bien complet pour ne pas voir que leurs médicamens qu'ils disent simples, ne sont pas moins composés que les nôtres. La rhubarbe, le quinquina, l'ipécacuanha, sont des substances composées. Pourquoi donc le médecin n'imiterait-il pas les opérations de la nature?

Nous ne voulons pas du reste être regardé comme le défenseur des recettes très-longues, ni des compositions surchargées de quelques médecins; nous reconnaissons comme règle générale qu'il ne faut pas mélanger des médicamens dont les effets radicaux peuvent être détruits soit d'une manière chimique ou dynamique, comme cela a lieu par exemple quand on réunit un alcali et un acide.»

Liqueur dépurative de Koechlin contre les affections scrophuleuses.

Le docteur Baudeloque qui vient de publier un traité sur la maladie scrophuleuse, s'est servi avec avantage de la préparation suivante qui est connue en Allemagne sous le nom de liqueur de Kœchlin; Helvétius a beaucoup vanté ce médicament et Tromdorff en indique ainsi la composition :

Prenez : Limaille de cuivre	1 gros.
Ammoniaque liquide	1 once 1/2

Laissez digérer à froid jusqu'à ce que la liqueur ait une teinte bleue, décantez ensuite et conservez. Lorsque l'on veut préparer la liqueur de Kœchlin, on prend de cette liqueur qui est nommée teinture de cuivre ammoniacale, et on la mêle aux substances ci-dessous :

Prenez : teinture de cuivre ammoniacale	2 onces.
Acide hydro-chlorique	5 gros 12 grains.
Eau distillée	13 livres 4 gros.

La dose de cette liqueur dont chaque gros contient quatre grains de cuivre est, pour les enfans de trois à onze ans, d'une faible à une forte cuillerée à café après le principal repas, une fois par jour; on fait avaler ensuite une ou deux cuillerées à bouche de bon vin sucré.

Teinture et infusion de racine de sénéga dans les maladies des yeux.

M. Fischer a obtenu de bons résultats de l'usage de la racine de Sénéga soit à l'extérieur, en fomentations avec l'infusion, soit à l'intérieur au moyen de la teinture dans une décoction de quinquina. Les maladies dans lesquelles il a employé avec succès ce médicament, sont l'hypopion, l'hémiopie et les blennorrhées ophthalmiques aiguës.

Il administre d'ordinaire un gros de teinture de polygala senega dans huit onces de décoction de quinquina. Voici d'ailleurs la fomule de la teinture de sénéga.

Prenez : Racine de Sénéga pulvérisée	1 once.
Alcool à 0,830	6 onces.

Mêlez, digérez à froid en agitant pendant six jours; filtrez et employez.

(*Zeitschrift für die ophthalmologie.*)

Collyre astringent contre le catarrhe chronique des yeux.

Prenez : ammoniaque purifié	15 grains.
Sulfate de zinc pur	1/2 gros.
Eau distillée	5 onces.
Ajoutez camphre dissous dans une once d'Alcool	9 grains.

Faites digérer S. A. à une chaleur de 30° thermomètre de Réaumur, en ayant soin d'agiter souvent.

Le docteur Fischer a obtenu de promptes guérisons de l'usage de ce collyre, étendu de moitié ou d'un tiers d'eau, dans le catarrhe ancien et rebelle des yeux, ainsi que dans les violentes inflammations des bords des paupières. (*Zeitschrift fur die ophthalmologie.*)

Mesure de police relative a la syphilis.

La police de Munich vient de prendre des mesures sérieuses contre les effrayans progrès de la syphilis. La gendarmerie s'empare de toutes les personnes atteintes de cette maladie, et les envoie à l'hospice. Tous les médecins sons tenus aussi de porter à la connaissance des autorités les noms des personnes qu'ils traitent. Les maisons de correction et de réclusion sont remplies de filles publiques. Ces mesures rappellent les arrêtés du parlement de Paris qui, au 16e siècle, chassait de la ville et des faubourgs de Paris les vérolés sous peine de la hart.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

FÉVRIER 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

DE LA CAUTÉRISATION DU LARYNX DANS CERTAINS CAS D'APHONIE CHRONIQUE.

Il y a quatre ans que j'ai publié, dans un journal de médecine, l'histoire d'une jeune fille que j'avais guérie rapidement d'une aphonie chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du larynx. Ce moyen tout nouveau, et auquel je n'avais d'abord recouru qu'en désespoir de cause, est devenu entre mes mains une véritable méthode de traitement, et aujourd'hui je puis l'appuyer d'un assez grand nombre de faits pour qu'elle mérite de prendre rang parmi les moyens thérapeutiques les plus utiles dans le traitement d'une maladie le plus souvent rebelle à toutes nos médications.

Les causes de l'aphonie chronique sont nombreuses et variées. Une des plus fréquentes est l'ulcération du larynx.

Cette ulcération dépend ordinairement de la vérole ou de la phthisie pulmonaire. Dans le premier cas, elle est le plus souvent guérissable; dans le second, elle ne l'est jamais, ou presque jamais. Lors même que les ulcérations guérissent, elles peuvent encore avoir laissé dans le larynx de tels désordres que la voix soit irrévocablement perdue.

La méthode de traitement que je propose ne peut guérir l'aphonie qui reconnaît pour cause une ulcération actuelle du larynx.

Je ne la proposerai pas non plus pour les aphonies chroniques causées par une déformation accidentelle, par une plaie avec déplacement ou destruction des parties constituantes du larynx; par la présence d'un polype, ou d'un corps étranger des voies aériennes; dans celles qui sont le résultat de la paralysie des muscles laryngiens; dans celles que produisent les tumeurs diverses développées dans l'œsophage ou dans le gosier.

En un mot, je la regarderai comme peu utile dans le traitement des aphonies liées à un désordre grave de l'organe de la phonation.

Mais souvent les lésions anatomiques du larynx ne sont pas profondes; quelquefois même on a lieu de supposer qu'elles sont extrêmement superficielles. L'aphonie n'en est pas moins très-rebelle et n'en dure pas moins des années entières.

J'en distinguerai de deux sortes; l'aphonie qui vient soudainement, sans aucun précédent, à la suite d'une grande perturbation nerveuse, au début d'un catarrhe aigu, lors de la suppression des règles, pendant la durée d'une maladie des organes génitaux.

La seconde espèce d'aphonie chronique a une marche bien différente. D'abord la voix se voile de temps en temps, bientôt l'enrouement augmente : le timbre de la voix est beaucoup plus grave le matin au moment où les malades se lèvent; il est, au contraire, plus aigu le soir; il faut alors de grands efforts pour produire des sons clairs. Ensuite, malgré les plus grands efforts, il est des jours où, après un exercice trop prolongé de la parole, le larynx refuse de produire des sons. Cette aphonie, d'abord intermittente, se remarque surtout le soir; enfin elle devient complète et continue.

La première forme de l'aphonie chronique dont je viens de parler, n'affecte en général que les femmes. Elle peut durer des années entières; mais on la voit quelquefois disparaître avec autant de soudaineté qu'elle est venue, et sans qu'il soit plus facile de se rendre compte de la guérison que de l'invasion de la maladie.

La seconde forme se rencontre dans les deux sexes; les hommes pourtant y sont plus souvent exposés que les femmes, ceux surtout que leur profession oblige à parler continuellement à haute voix, à l'air, ou dans une grande enceinte. Les chanteurs, les avocats, les officiers de marine, éprouvent fréquemment de graves altérations du timbre de la voix, et enfin l'aphonie. Cette forme d'aphonie chronique est beaucoup plus difficile à guérir que la première; on l'a vue durer toute la vie. Dans ces deux espèces d'aphonie, bien que probablement la membrane muqueuse du larynx soit le siége d'une phlegmasie légère, cependant on ne peut constater cet état inflammatoire; car il n'y a ni difficulté de respirer, ni gonflement extérieur du larynx, ni douleur.

Mais, dans quelques cas, il existe une inflammation très-manifeste; extérieurement le larynx est gonflé : ce gonflement peut encore se constater, quoique difficilement, en explorant directement la partie supérieure de l'organe avec le doigt introduit dans la bouche; la douleur est souvent très-vive quand on avale, quand on respire un air froid ou que l'on vient de faire de

grands efforts pour parler? Ces symptômes ne sont pas rares dans les syphilis constitutionnelles et peuvent exister indépendamment de toute ulcération, siégeant dans le larynx lui-même; mais on les observe aussi chez les personnes qui n'ont jamais eu la vérole. Cette forme de la maladie quoique plus grave que les deux précédentes, est loin pourtant de se montrer incurable, le même traitement lui convient, à quelques modifications près.

Mon intention n'est pas, dans ce court Mémoire, d'indiquer toutes les méthodes de traitement justement conseillées dans l'aphonie chronique. Ces méthodes, j'y ai recours; mais j'y joins un moyen qui m'est propre, et qui, par son innocuité et par son extrême efficacité, me semble devoir tenir le premier rang; je veux parler de la *cautérisation du pharynx et de la partie supérieure du larynx.*

Cette cautérisation se fait avec une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée. Le caustique est porté dans la gorge de la manière suivante: On prend une tige de baleine, d'une ligne et demie de diamètre, et on la choisit de ce volume pour qu'elle ne se ploie pas trop facilement. On la fait chauffer sur la flamme d'une bougie, à un pouce à peu près de son extrémité, et, quand elle est suffisamment ramollie, on la recourbe de manière à former un angle droit. Alors, à l'extrémité de la tige de la baleine, on pratique une entaille circulaire et profonde et on y attache fermement une petite éponge de forme sphérique et de six lignes de diamètre. On imbibe l'éponge de la solution de nitrate d'argent, jusque-là qu'elle ne laisse dégoutter la liqueur caustique que si on exerce une légère pression. Cela fait, on fait ouvrir largement la bouche du malade, on abaisse avec une cuiller la base de la langue et l'on introduit le porte-caustique. Dès que l'on a dépassé l'isthme du gosier, on heurte la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine; un mouvement de déglutition s'opère aussitôt qui porte le larynx en haut: on saisit ce moment pour ramener en avant l'éponge que l'on avait enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage; par cette manœuvre, on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et alors, appuyant fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouve dans la bouche, on exprime l'éponge dans le larynx et dans toute l'arrière-bouche, ce en quoi on est servi par les convulsions du pharynx et par les efforts que fait le malade pour aspirer l'air dont le passage est intercepté. Cette opération dure tout au plus huit ou dix secondes.

On s'effraie beaucoup de l'idée d'une cautérisation pratiquée ainsi dans la gorge et à l'entrée du larynx, je veux m'expliquer un peu sur ce point et rassurer les praticiens. On peut, quinze jours de suite, porter une fois une solution saturée de nitrate d'argent sur la membrane muqueuse qui tapisse le pharynx, sans produire la plus légère érosion, et autre chose qu'une astriction à peine douloureuse. La seule chose dont se plaignent les patiens, ce sont des nausées et un goût métallique qui les poursuit pendant quelques heures. Qu'on cesse donc de regarder comme téméraire une pratique si simple, si facile, si exempte de dangers et même d'inconvéniens; pratique qui, dans peu d'années, sera passée dans le domaine de la thérapeutique la plus vulgaire, tant est grande son innocuité.

Je vais maintenant faire connaître quelques observations, dont deux déjà ont reçu de la publicité.

1re *Observation. — Aphonie venue subitement et durant depuis trois mois; cautérisation de la gorge; guérison le quatrième jour.* — Henriette Maillet, âgée de vingt ans, entre, le 29 août 1831, à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris. Elle avait été réglée à dix-sept-ans, et le flux menstruel avait toujours été irrégulier et peu abondant. En 1830, elle éprouva une fluxion de poitrine dont elle fut bien guérie. Les poumons et le cœur étaient dans le meilleur état; jamais la malade n'avait eu d'hémoptysie, ni aucun symptôme d'hystérie.

L'affection pour laquelle elle réclamait nos soins datait de trois mois. A la fin de mai, Henriette, ayant ses règles depuis le matin, fit une partie de campagne et se refroidit; le soir, elle se coucha avec un mal de gorge et du malaise; elle passa néanmoins assez bien la nuit; mais, le matin, quand elle se réveilla, ses règles s'étaient supprimées et elle était complètement aphone. Depuis lors, malgré tous les traitemens, l'aphonie ne s'était pas dissipée, et cette jeune fille, quelques efforts qu'elle fît, ne pouvait faire entendre d'autres sons que ceux qu'articule une personne qui parle tout-à-fait bas.

Quelques jours après l'apparition de la maladie, un médecin avait été appelé; une première saignée, puis une seconde avaient été faites sans aucun résultat. Deux mois plus tard, les règles ne revenant pas, on applique des sangsues au siége. L'aphonie ne fut en rien modifiée par cette médication, bien que la menstruation eût reparu sous son influence. Cependant le larynx n'était pas douloureux; il n'y avait ni toux ni fièvre, et l'on se décida à appliquer un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou. La suppuration fut entretenue quelque temps: cette tentative échoua encore, et ce fut en désespoir de cause que Henriette Maillet entra à l'Hôtel-Dieu. Peu de jours auparavant, les règles s'étaient remontrées juste à l'époque où elles devaient venir, et cependant son état ne s'était nullement amélioré.

Je pensai que la syncope produirait peut-être un heureux résultat, comme on l'a vu quelquefois dans des cas d'aphonie hystérique; et pour déterminer la lipothymie, je fis saigner la malade assise sur une chaise. La syncope eut lieu en effet, mais rien d'avantageux ne s'ensuivit; on remarqua seulement que la jeune fille poussa un cri aigu au momment où la lancette divisa les tégumens.

J'attendis pendant deux jours l'effet de la saignée qui fut aussi inefficace que celles qui avaient été pratiquées en ville, et que l'application de sangsues qui avait été faite aussi quelque temps auparavant. L'idée me vint d'appliquer des rubéfians sur la peau du col, et j'y étais porté d'autant plus volontiers que je connaissais

un cas de guérison produite par l'application d'un sinapisme au devant de la trachée. Ce fait curieux appartient à M. le docteur Toirac qui guérit en effet, par ce moyen, un frotteur qui était aphone ; mais depuis quinze jours seulement. Toutefois je fus arrêté par l'idée que déjà l'application d'un large vésicatoire n'avait rien produit d'avantageux. Une médication topique me parut devoir être tentée de préférence à toute autre, et je résolus de cautériser le pharynx et la partie supérieure du larynx.

Cette opération ne dura pas un quart de minute. Je retirai l'éponge, et il survint aussitôt des haut-le-corps, de la toux, des crachotemens. Après deux ou trois minutes, tous ces phénomènes cessèrent ; il ne resta que les crachotemens et de la toux. La malade ne ressentait à la gorge aucune douleur vive ; elle se plaignait seulement d'un goût insupportable.

Le lendemain, à la visite, il n'y avait aucun changement ; elle souffrait un peu en avalant.

Quarante-huit après la cautérisation, l'aphonie s'était en partie dissipée ; la malade avait parlé assez nettement avant la visite avec quelques unes de ses voisines. Lorsque je l'interrogeai, elle me répondit qu'elle allait mieux, et elle prononça plusieurs phrases d'une voix enrouée, mais distinctement et de manière à être entendue à une distance de deux ou trois pas. Puis elle devint aphone, et seulement, lorsqu'elle faisait de grands efforts, on entendait un sifflement dans le larynx : elle ressentait une légère douleur au fond de la gorge.

Je lui recommandai le silence le plus absolu, et en même temps je prescrivis une boisson émolliente que je l'invitai à boire souvent et à petites gorgées.

Le lendemain matin, troisième jour de la cautérisation, la voix était beaucoup moins nette que la veille. Le soir, il y eut quelques sons assez clairs de produits.

Le quatrième jour, elle parla avec facilité ; l'aphonie était complètement dissipée et sans retour : la voix était seulement un peu voilée, et l'on s'apercevait de temps en temps que le larynx était obstrué par des mucosités dont la malade se débarrassait en toussant.

Le cinquième jour, la voix était plus nette et plus éclatante, la douleur causée par la cautérisation se faisait encore sentir au niveau du larynx ; mais elle était fort supportable, et n'empêchait pas la malade de manger du pain et des alimens solides. Enfin, pour terminer, la voix reprit rapidement le timbre qu'elle avait avant l'invasion de la maladie, et Henriette Maillet sortit parfaitement guérie, le 10 septembre 1831, ressentant encore une très légère douleur au point correspondant à la partie supérieure du larynx. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

2e *Observation.* — Aphonie venue subitement dans le cours d'un catarrhe aigu. Cautérisation de la gorge. Guérison le troisième jour. — Une femme de trente-sept ans entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traitée d'une aphonie qui durait depuis trois mois.

La malade, quelque temps auparavant, avait éprouvé un catarrhe aigu à peine fébrile. Quinze jours après le début du catarrhe, la voix s'était subitement éteinte, et, depuis lors n'était jamais revenue, quoique le rhume fut complétement dissipé. J'explorai la poitrine avec le plus grand soin, rien n'indiquait une lésion pulmonaire. Le larynx n'était ni gonflé ni douloureux; les amygdales ne présentaient rien d'anormal, la menstruation était régulière. Je fis immédiatement une cautérisation dès le premier jour ; il y eut de l'amendement, et, trois jours après la voix était revenue. Cette malade est encore restée quelque temps à l'hôpital sans éprouver de rechute.

3e *Observation.* — Aphonie venue lentement dans le cours d'un catarrhe chronique. Cautérisation de la gorge. Guérison après un mois. — La troisième malade était âgée de quarante-trois ans. Depuis longtemps elle était sujette à un catarrhe bronchique qui revenait tous les hivers, et qui durait jusqu'aux premières chaleurs du printemps. Cette femme était marchande au Temple, et était constamment exposée aux injures de l'air sous un auvent qui lui servait de boutique, et, à chaque instant, elle était forcée de parler à haute voix, quel que fût d'ailleurs l'état de sa santé. Insensiblement, le timbre de sa voix s'était altéré, et, depuis plusieurs années, madame *** avait ce que, dans un langage trivial, on appelle *une voix de rogomme.* Enfin, elle devint complétement aphone vers le mois de mars 1831, à la suite d'un catarrhe qui durait depuis plusieurs mois. Elle s'inquiéta d'abord assez peu de cet accident ; mais voyant que l'extinction de voix persistait, elle eut recours aux conseils de plusieurs médecins, qui tous se bornèrent à indiquer les émissions sanguines et les médications révulsives. Enfin, fatiguée des traitemens infructueux qu'elle avait suivis, elle se décida à entrer à la maison royale de santé. M. le professeur Duméril me pria de la venir voir ; il avait fait appliquer sur la région antérieure du col un large vésicatoire, et en même temps, il avait prescrit un régime adoucissant.

Quand nous la vîmes, elle était dans l'état suivant : le visage, la contenance de la malade indiquaient une santé parfaite. Les fonctions des organes encéphaliques et abdominaux se faisaient avec une entière facilité. Il n'y avait point de fièvre ; la poitrine résonnait dans toute son étendue. On entendait çà et là un peu de râle muqueux. Il y avait de la toux et une expectoration muqueuse assez abondante ; rien d'ailleurs ne permettait de soupçonner l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Dans les mouvemens de déglutition, il existait de l'embarras plutôt que de la douleur dans la région du larynx. Lorsque la malade ne faisait pas de grands efforts pour parler, sa voix ressemblait à celle d'une personne qui parle bas ; mais dès qu'elle s'animait et qu'elle voulait à toute force produire quelque son vocal, on entendait de temps en temps de petits sifflemens analogues aux miaulemens d'un chat naissant.

Quoique je conçusse bien peu d'espérance de guérison, je résolus néanmoins de tenter un moyen que je

regarde comme tout à fait exempt de danger, et qui n'est que bien peu douloureux. Je pratiquai donc la cautérisation de la partie supérieure du larynx.

Cette opération ne dura pas un quart de minute. Je retirai l'éponge, et il survint aussitôt des haut-le-corps, des vomissemens et une toux que rien ne pouvait arrêter.

Cet état d'angoisse dura près d'un quart d'heure : dès que la toux et les vomissemens se furent un peu modérés, la malade, que nous interrogions sur la douleur que l'opération lui avait causée, nous répondit avec une voix enrouée, mais assez forte, qu'elle souffrait peu ; et comme elle s'étonnait aussi bien que nous du changement subit de sa voix : « Il y a huit mois, » nous dit-elle joyeusement, que je n'en ai fait autant. » Nous l'engageâmes à garder le silence, et à se gargariser avec une solution d'alun. Les haut-le-corps et les nausées se renouvelèrent jusqu'au lendemain matin, et la douleur de gorge, suite inséparable de l'opération, persista pendant tout le second jour. Cette douleur n'était pourtant pas assez violente pour empêcher la malade de boire et même de manger des potages.

Quant à l'aphonie, elle n'était nullement modifiée le lendemain matin ; nous espérâmes, mais en vain, que dans peu de jours nous verrions se réaliser les espérances que nous avait fait concevoir le rétablissement presque immédiat de la voix immédiatement après l'opération. La malade quitta la maison de santé dix jours après la cautérisation.

Peu après sa sortie, elle vint me voir, et me conjura de recommencer la cautérisation ; c'était, me disait-elle, la seule chose qui l'eût fait parler un instant, et elle espérait beaucoup d'une seconde tentative.

J'avoue que je partageais entièrement son opinion ; aussi j'eus peu de peine à me décider. J'allai donc chez elle, accompagné de M. le professeur Bouillaud, qui voulut bien m'éclairer de ses conseils, et je cautérisai une seconde fois avec une solution saturée de nitrate d'argent ; mais je me servis d'une éponge plus grosse, et je l'imbibai tellement, qu'une légère compression pouvait aisément en faire sortir au moins dix gouttes. Aussi, quoique la malade s'armât de courage et de résistance, elle ne put tolérer l'introduction du nitrate d'argent dans le larynx, et par un mouvement de toux convulsive, elle me renvoya au visage une si grande quantité de solution caustique, que j'eus, pendant plusieurs jours, la face toute remplie de taches noires. Immédiatement après l'opération, le pharynx, la langue et toute la membrane muqueuse buccale étaient d'un blanc de lait ; une toux violente, accompagnée de vomissemens, se manifesta immédiatement, et pendant vingt-quatre heures, les vomissemens se reproduisirent dès que la malade buvait quelque chose : toutefois, les parties touchées par le caustique étaient à peine douloureuses, il n'y avait ni fièvre, ni douleur d'estomac, ni perte d'appétit ; en un mot, toutes les fonctions étaient dans l'état le plus normal.

Cette fois, madame *** ne parla point immédiatement après la cautérisation.

Quarante-huit heures après, elle déjeuna avec des huîtres et du pain, sans éprouver autre chose qu'un peu d'embarras dans la déglutition. Sa voix n'était pas revenue ; cependant, elle avait produit quelques sons étouffés après de grands efforts ; la toux était devenue plus fréquente, et l'expectoration plus abondante.

Je prescrivis un gargarisme fait avec une décoction saturée d'alun, et une assez grande quantité de vinaigre ; la malade dut s'en servir huit ou dix fois par jour.

Douze jours s'écoulèrent ainsi pendant lesquels madame *** continua de tousser avec opiniâtreté et de cracher abondamment ; de temps en temps, lorsque la toux lui donnait un peu de relâche, elle articulait quelques mots d'une voie fort enrouée. Enfin, treize jours après la seconde cautérisation, étant à souper avec son mari et sa fille de boutique, elle parla quelques minutes de suite, et, depuis lors, l'aphonie ne reparut plus.

La voix, d'abord enrouée et glapissante, est devenue de plus en plus nette ; cependant, si la malade marche long-temps à pied, parle trop ou s'expose à un froid trop vif, sa voix s'enroue davantage, mais ne s'éteint plus. En somme, le timbre de la voix est toujours fort altéré ; mais il est ce qu'il était depuis quelques années.

Dans les deux observations qui vont suivre, la maladie a suivi une autre marche et ne s'est pas accompagnée des mêmes symptômes.

4e *Observation.* — Aphonie venue graduellement dans le cours d'une inflammation chronique du larynx. Cautérisations de la gorge. Guérison après un mois de traitement. — Une jeune femme de vingt-un ans, d'un tempérament sanguin, entra à la maison royale de santé du faubourg Saint-Denis, pour y être traitée d'une aphonie chronique qui durait depuis plusieurs mois. Elle fut placée dans le service de M. le professeur Duméril qui me fit appeler pour lui donner des soins.

Elle offrait l'apparence de la plus belle santé. Depuis dix-huit mois qu'elle était mariée, elle n'avait jamais éprouvé d'autre incommodité que celle pour laquelle elle venait réclamer les secours de la médecine. Il y a un an qu'elle avait ressenti dans le larynx, une douleur qui augmentait notablement toutes les fois qu'elle parlait long-temps à haute voix. Sa voix s'enrouait aisément et devenait de plus en plus grave. Après quatre mois de maladie, la région du larynx devint gonflée et douloureuse et de temps en temps, surtout le soir, la voix se perdait complétement. Le mal empira, et six semaines avant son entrée à l'hôpital, la jeune malade avait entièrement perdu la voix.

Cependant il n'y avait que peu de toux ; et aucun signe extérieur, aucun symptôme général n'indiquait une lésion tuberculeuse pulmonaire. Le son était égal sous les deux clavicules, le bruit expiratoire faible, le bruit inspiratoire large et sans mélange de râle muqueux. Jamais d'hémoptysie, pas de disposition à la diarrhée, pas de fièvre, pas d'amaigrissement.

Je pensai donc qu'il existait une phlegmasie chroni-

que de la membrane muqueuse du larynx ; et comme il y avait encore beaucoup de douleur, j'eusse certainement appliqué localement des sangsues et usé des émolliens, si déjà ces moyens n'avaient été infructueusement mis en usage.

Je crus donc devoir recourir immédiatement à la cautérisation de la gorge et de la partie supérieure du larynx, que je pratiquai avec une solution saturée de nitrate d'argent et suivant la méthode indiquée plus haut.

Il s'ensuivit immédiatement des vomissemens, et, pendant deux jours, la déglutition fut plus difficile. Mais après soixante-douze heures, la voix était devenue un peu plus sonore. Elle était encore fort enrouée; mais enfin, on pouvait aisément l'entendre à dix pas de distance.

Je prescrivis cependant des gargarismes avec une solution saturée d'alun dans de l'eau, et des frictions sur la partie antérieure du col avec de l'extrait alcoolique de datura stramonium. Cependant, comme le timbre de la voix ne s'améliorait pas d'une manière assez notable, je fis une nouvelle cautérisation quinze jours après la première. Cette fois l'amendement fut très sensible; et, un mois après le commencement du traitement, la voix était revenue, mais la malade ne pouvait parler long-temps à haute voix sans douleur et sans enrouement. Ce fut inutilement que, pour combattre cette douleur, je fis continuer les frictions sur le col avec de la belladone, appliquer de petits vésicatoires ammoniacaux, que je recouvris de sels de morphine. Je pensai alors que la tenacité des symptômes inflammatoires reconnaissait pour cause principale une affection syphilitique constitutionnelle, que les antécédens de la malade ne rendaient pas très-impossible; je commençai donc le traitement mercuriel; et sous l'influence de cette médication nouvelle, il y eut, en effet, un peu de soulagement.

En définitive, il reste toujours, chez cette jeune femme, de la douleur dans la région du larynx, une fâcheuse disposition à s'enrouer sous l'influence de la moindre cause; mais l'aphonie est guérie.

Ici, il existait une phlegmasie évidente de la membrane muqueuse du larynx. Cette inflammation était-elle entretenue par une ulcération tuberculeuse ou syphilitique, il était impossible de le constater, et rien ne prouve qu'il y eût autre chose qu'une simple fluxion analogue à celle qui existe si souvent sur la membrane muqueuse des fosses nasales; mais en comparant cette observation avec les trois que j'ai publiées au commencement de ce mémoire, on aperçoit de prime abord de notables différences.

Chez la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, aphonie subite succédant à une suppression subite de règle : guérison après une seule cautérisation, et le quatrième jour du traitement. Remarquons qu'il n'existe aucune douleur dans la région du larynx, lieu qui annonce une phlegmasie grave.

Dans le deuxième cas, aphonie subite venant dans le cours d'un catarrhe aigu; il n'existe non plus aucun signe d'inflammation du larynx. Une seule cautérisation suffit. Le traitement dure trois jours.

Dans le troisième cas, l'aphonie vient lentement à la suite de nombreux catarrhes chroniques et chez une femme que sa profession oblige à parler continuellement haut et en plein air. Il n'y a, il est vrai, aucune douleur du larynx; mais la coïncidence d'une phlegmasie bronchique permet de croire qu'il en existe une semblable sur les cordes vocales. Deux cautérisations sont nécessaires, la guérison ne s'obtient qu'après trois semaines de traitement.

Mais chez la jeune femme qui fait le sujet de la quatrième observation, il existe une phlegmasie grave et évidente; deux cautérisations guérissent, il est vrai, l'aphonie; mais il reste toujours de l'inflammation et partant une disposition fâcheuse à une rechute.

Il semblerait, d'après cela, que la facilité de la guérison serait toujours en raison directe de la superficialité de l'inflammation (si je puis me servir de cette expression), et que le pronostic devrait toujours être favorable lorsque l'on n'a pas lieu de soupçonner de gonflement notable de la glotte et des ulcérations. L'observation suivante fera voir combien sont trompeurs ces élémens de pronostic.

M. X. me fut adressé par un confrère de province. Depuis deux ans ce malade qui est obligé de parler souvent haut et dans un espace fort grand, a vu d'abord sa voix se voiler de temps en temps; bientôt l'enrouement est devenu continu; peu à peu le timbre est devenu plus grave et moins sonore: enfin, il y avait deux mois que la voix était totalement perdue, quand je vis le malade à Paris. M. X. ne pouvait produire aucun son, même quand il faisait de très-grands efforts. Nulle douleur, pas de gonflement dans la région du larynx; pas de toux. Jamais de catarrhes ni d'hémoptysies. L'auscultation et la percussion pratiquées avec le plus grand soin ne permettent de contester aucune espèce de modification organique dans le tissu pulmonaire. Le malade semblait jouir d'ailleurs de la plénitude de sa santé; toutes les fonctions, excepté celles du larynx, s'exécutaient parfaitement. Il est inutile de dire que le traitement antiphlogistique et révulsif, que le régime doux et débilitant avaient été conseillés et suivis sans avantage. Je crus donc devoir recourir immédiatement à la cautérisation. J'en fis une tous les jours pendant une semaine, puis trois par semaine pendant quinze jours; puis deux par semaine pendant une seconde quinzaine; puis une seulement tous les huit jours pendant un mois. Il ne s'ensuivit ni douleur, ni inflammation. Pendant huit jours, il n'y eut aucune amélioration; ce temps écoulé, il se produisit quelques sons fort enroués; après un mois, la voix était timbrée, mais toujours fort enrouée; enfin au bout de deux mois et demi, le malade parlait avec une voix voilée; mais enfin il parlait de manière à se faire fort bien entendre dans un vaste salon, et au milieu d'un groupe de personnes conversant ensemble à haute voix.

J'ai encore actuellement aux néothermes un malade qui m'a été adressé d'Auxerre par M. le docteur Pa-

radis, et qui se trouve exactement dans le même cas.

Il semblerait *à priori* que, puisque l'on guérit assez facilement l'aphonie complète, il serait beaucoup plus facile de remédier à l'altération simple du timbre de la voix caractérisée par l'impossibilité de produire certains sons, tandis que d'autres plus graves sortent aisément; mais l'expérience m'a démontré que l'aphonie était en effet plus facilement et plus sûrement combattue que l'inégalité de la voix, ou que l'aphonie partielle (si je puis ainsi dire). En voici deux exemples remarquables.

5e *Observation.* — Un prêtre, du diocèse de Bourges, vint à Paris pour se faire traiter d'une maladie des organes de la voix qui durait depuis neuf ans. Il se confia aux soins de M. le professeur Andral. Ce malade s'était aperçu d'abord qu'après des exercices de plain-chant long-temps prolongés, il avait perdu quelques-unes des notes les plus hautes, et que sa voix s'était légèrement enrouée. L'enrouement augmenta insensiblement, finit par devenir tel que la voix parlée était *presque éteinte*, je dis à dessein *presque éteinte*, car c'était plutôt un enrouement extrême qu'une aphonie réelle. Toutefois il pouvait encore prêcher à haute voix, entonner et chanter la *préface* et le *pater* de manière à se faire entendre dans une assez grande église; mais il fallait faire des efforts extrêmement fatigans.

L'exploration la plus attentive ne permit de reconnaître aucune altération organique des poumons; le larynx n'était ni gonflé, ni douloureux. M. Andral le traita pendant plusieurs mois sans succès, et espérant peut-être quelque chose de ma médication, il me l'adressa dans les derniers jours du mois d'août 1834. Je le cautérisai avec une solution saturée de nitrate d'argent à peu près vingt fois dans le cours du mois de septembre. Ces cautérisations répétées ne causèrent ni douleur, ni gonflement, ni la moindre érosion de la membrane muqueuse. En même temps j'ordonnai de fréquens gargarismes avec une solution saturée d'alun dans de l'eau. J'obtins, il est vrai, un peu d'amendement, mais il était à peine sensible.

6e *Observation.* — Les mêmes moyens ne furent pas suivis d'un meilleur résultat chez un vieillard de soixante-cinq ans, qui, depuis trois ans, à la suite de catarrhes chroniques, avait pris une inégalité chevrotante de la voix, et qui vint, en 1831, réclamer mes soins. Ce malade était maigre, toussait depuis long-temps, et avait les apparences d'un vieux phthisique, bien que le stéthoscope et la percussion ne permissent pas de constater positivement la présence des cavernes ou des tubercules crus. Il avait d'ailleurs un fils unique, tuberculeux, et cette dernière circonstance me faisait croire qu'il existait dans le larynx quelque ulcération de mauvais caractère. Cependant j'essayai de le guérir, et j'employai entre autres moyens la cautérisation qui fut répétée près de dix fois. Ce fut toujours sans avantage et sans inconvéniens.

Ce que je viens de dire fait assez pressentir ce que je pense des aphonies qui surviennent si souvent chez les tuberculeux. Les belles recherches de M. Louis ont assez démontré qu'elles étaient aussi essentiellement incurables que la maladie pulmonaire qui leur donne naissance. Deux fois, à la sollicitation des malades eux-mêmes et de quelques confrères, j'ai cautérisé à plusieurs reprises le larynx et la gorge de deux phthisiques atteints d'aphonie symptomatique, et si je n'ai pas aggravé leur état, au moins ne les ai-je jamais soulagés.

A. Trousseau,
Médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Observation d'une présentation de la face, au détroit supérieur, pour laquelle on a pratiqué l'opération césarienne; par le docteur Halma-Grand.

Le mardi, 15 octobre, à deux heures, je fus appelé chez madame P. pour un accouchement qui se présenta avec les circonstances suivantes : cette dame avait éprouvé les premières douleurs, le samedi, 12 octobre, au soir. Elle avait fait demander une sage-femme, qui, reconnaissant que l'accouchement offrirait des difficultés dans sa terminaison, voulut s'entourer des conseils d'un médecin. Elle fit, à cet effet, appeler, le lundi, M. le docteur Moulin, qui resta auprès de la malade les deux jours suivans. Le mardi, 15 octobre, M. Moulin s'apercevant que l'accouchement restait au point où il l'avait trouvé, envoya chercher le docteur Bintot qui, lui-même appréciant de suite l'état fâcheux de cette dame, fit demander M. le professeur Maygrier. Il était absent, et alors je me rendis auprès de la malade. M. Moulin me rapporta qu'étant depuis le lundi, 13 octobre, auprès de la malade, il avait reconnu une présentation de la face en première position; et que, fatigué d'inutiles tentatives, il avait eu recours à l'application du forceps, sans obtenir de plus heureux résultats. La malade de l'âge de 27 à 30 ans, était d'un tempérament lymphatique, quoique d'ailleurs forte et bien développée. Ayant pratiqué le toucher, je reconnus à ses signes caractéristiques la présentation de la face, au détroit supérieur en première position. La face s'allongeait fortement à travers le détroit, pressée qu'était la tête par les contractions énergiques de la matrice. Le vertex répondait à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Le cou et les pieds étaient dirigés vers la fosse iliaque droite; le côté latéral droit vers la symphyse pubienne, et le côté gauche vers la symphyse sacro-vertébrale.

La première idée à laquelle je m'arrêtai, fut d'aller chercher les pieds. J'introduisis à cet effet, la main gauche, assez profondément pour embrasser la totalité du côté gauche de la tête. Mais il me semblait que cette main introduite en supination, parcourait une *surface lisse dont je ne me rendis pas compte dans le moment.* Dans cette manœuvre pénible, je ne pus atteindre les pieds, bien que je crusse sentir les orteils sans les attirer. L'action de ma main était d'ailleurs

gênée par la saillie sacro-vertébrale, qui me parut plus développée qu'elle ne l'est ordinairement. Les médecins qui m'avaient précédé, avaient fait la même remarque.

Cette manœuvre ayant été pratiquée sans succès, je résolus aussitôt d'appliquer le forceps. Je saisis la branche femelle, que je cherchai à introduire la première, entre la région auriculaire droite, et la symphyse pubienne. Je n'y pus parvenir, et voici pourquoi : la symphyse sacro-vertébrale était plus saillante que dans l'état normal, la face se trouvait refoulée en avant, de manière à être posée et arc-boutée sur le corps du pubis, de telle sorte qu'il me fut impossible de placer la branche femelle. Je résolus d'appliquer l'instrument d'une manière différente. J'introduisis la branche mâle la première, entre le plan incliné latéral gauche et le vertex de l'enfant; et la branche femelle, à droite de la femme, entre la partie la plus déclive de la face, et le plan latéral droit. Mais ce fut en vain : la tête ne bougea en aucun sens, et malgré les tractions, elle persista dans la situation qu'elle avait affectée dans la filière du bassin; je fus donc, cette fois encore, obligé de renoncer à l'application du forceps. D'ailleurs, MM. Moulin et Bintot avaient déjà cherché, mais sans résultat, à dégager la tête par l'application de cet instrument.

Désespéré de voir ainsi échouer toutes les ressources de l'art, je proposai la céphalotomie comme seul moyen qui fût encore à notre disposition. Mon projet ayant été adinis, je l'exécutai de la manière suivante:

D'après la position de la face, la tête étant fortement fléchie sur le plan postérieur, la fontanelle frontale se trouvait libre et accessible au doigt. Je pensai que c'était sur cet intervalle membraneux que je devais pratiquer la céphalotomie. J'introduisis donc mon doigt indicateur gauche pour en placer l'extrémité sur cette fontanelle, et servir de guide au perforateur que j'employais (c'étaient les ciseaux de Smellie). Je les dirigeai avec la main droite, le long de l'indicateur gauche. Je fis parvenir ce perforateur perpendiculairement à la fontanelle que je ponctionnai. J'écartai les branches des ciseaux, et par des mouvemens de rotation, je broyai la substance encéphalique. Je retirai l'instrument; puis avec le doigt indicateur droit, j'allai écarter les portions du frontal, et les deux pariétaux, afin d'augmenter l'ouverture et faciliter ainsi la sortie de la substance encéphalique. Je devais espérer que, par cette opération, le volume du crâne diminuerait, et par l'issue de la matière encéphalique, et par la pression exercée sur la tête par l'utérus, et qu'alors je pourrais aller plus facilement à la recherche des pieds. Mais après quelque temps d'attente, le toucher nous indiqua que la tête restait immobile, et qu'il convenait d'appliquer les crochets. Je ne voulus point cependant prendre sur ma responsabilité une opération, dans laquelle on court tant de risques de déchirer les parties génitales, dont la sensibilité devenait ici de plus en plus vive. D'ailleurs, l'embryotomie est une opération longue et pénible, que la fatigue que j'éprouvais déjà ne me permettait pas d'entreprendre. Aussi envoyâmes-nous chercher M. le professeur Maygrier, pour obtenir de son expérience toutes les ressources que réclamait l'urgence du moment.

M. Maygrier étant arrivé, pratiqua le toucher, puis cherchant à ramener les pieds, et plongeant la main profondément, il nous annonça que l'utérus était perforé, que sa main arrivait dans la cavité abdominale, qu'elle y touchait les intestins, et que portée en supination, la face palmaire parcourait la surface postérieure latérale gauche de la matrice. Cela devait-il m'éclairer sur cette surface lisse et polie que j'avais déjà perçue, sans la reconnaître? Et cependant il n'y avait point eu d'hémorrhagie, aucune anse intestinale ne s'était engagée à travers l'orifice. Ces circonstances auraient pu se développer, si la rupture avait eu lieu ce qui nous laisse encore dans le doute sur ce point.

Ne pouvant entraîner les pieds, M. Maygrier chercha à appliquer le forceps. Il plaça d'abord la branche mâle du côté gauche, de telle sorte que la concavité de la cuillère se mît en rapport avec le vertex; la branche femelle fut placée sur le menton, le cou et la partie supérieure du thorax; les branches une fois articulées et serrées par un lacs de fil, il pratiqua des tractions vigoureuses, qui semblaient indiquer que la tête descendait; mais au même instant, le forceps lâcha la tête, ou plutôt celle-ci échappa à l'action de l'instrument qui sortit vide, et sans rien entraîner au dehors.

Une nouvelle application du forceps n'amena point de résultat plus avantageux.

On conçoit que la femme devait être épuisée par des souffrances qui la torturaient depuis si long-temps. Aussi M. Maygrier fut-il d'avis de ne procéder à l'application ni du crochet, ni du forceps-crochet; c'était suivant lui, une opération trop longue pour pouvoir être entreprise au moment même, et sur des parties dont la sensibilité et le gonflement devaient indubitablement en rendre l'exécution longue, difficile et incertaine. Dans cet état fâcheux, il proposa l'opération césarienne, comme seul moyen de soustraire la malade à une mort qui paraissait certaine; mais son avis ne fut point adopté par la majorité. On fit replacer la femme dans son lit; jusqu'au moment où on lui aurait préparé un bain, remettant d'ailleurs jusqu'au soir, la recherche des moyens extrêmes que nous pouvions encore employer.

A huit heures et demie du soir, nous nous trouvâmes réunis avec MM. Deneux et Velpeau qui avaient été appelés. La femme se trouvait dans un état d'affaissement qu'expliquaient les souffrances auxquelles elle avait été en proie; les yeux ternes et languissans; le visage décoloré, et couvert d'une sueur froide; le pouls très-faible et parfois intermittent. La sensibilité du ventre avait beaucoup augmenté, au point même de rendre insupportable et douloureuse à la malade, la pesanteur des draps du lit. En outre, l'abdomen était ballonné, et comme météorisé, surtout du côté gauche. Le toucher indiquait que la tête était à la hauteur où on l'avait laissée, et le fœtus pelotonné, toujours dans le

même sens, c'est-à-dire, vers le côté droit de la cavité utérine.

Après cette exploration de la femme, nous dûmes nous demander quelles étaient les ressources que nous laissait en pareille circonstance, l'art ou la nature?... Chacun de nous exposa son opinion. L'avis de M. le docteur Bintot fut qu'on laissât la femme dans l'état où elle se trouvait; l'opération césarienne étant la seule praticable; mais l'état de la femme donnait la presque certitude qu'elle périrait, sinon pendant, du moins immédiatement après l'opération. Je partageai entièrement cet avis, qui fut celui de MM. Velpeau et Moulin, quoique ce dernier éprouvât un vif sentiment de peine, en voyant succomber une femme avec son produit dans le sein. MM. Maygrier et Deneux vinrent corroborer notre détermination du poids de leurs avis. Nous avions tous la triste certitude que la malade succomberait dans la nuit, et nous nous retirâmes, n'ordonnant que ces moyens palliatifs ou plutôt illusoires qui inspirent quelque espérance aux malades et aux assistans, mais qui laissent dans l'esprit du médecin qui les prescrit, la pénible conviction de l'impuissance trop fréquente de son art.

Le lendemain cependant, la femme vivait encore, et nous fûmes appelés à une nouvelle consultation, qui se fit vers une heure. M. Velpeau ouvrit de nouveau l'avis de pratiquer la gastro-hystérotomie; ce conseil fut rejeté par MM. Maygrier et Bintot. En effet, la femme était dans un état d'affaissement, plus considérable que la veille. Le pouls était petit, à peine perceptible, la face décolorée, le ventre fortement ballonné: elle n'avait évidemment que quelques heures à vivre, et l'opération césarienne ne pouvait en cette circonstance que procurer l'extraction d'un enfant mort, et hâter la fin de la mère elle-même. Cette conclusion ayant été rapportée au mari, celui-ci en fut comme atteré: puisque ma femme doit mourir, dit-il, au moins que pour ma consolation on ait recours à la dernière chance que lui offre la chirurgie? Cet homme avait cette espérance que l'opération pourrait sauver sa femme; et si les médecins se fussent refusés à la pratiquer, ils n'auraient été à ses yeux que des hommes cruels et barbares. Aussi M. Maygrier, lui dit-il, qu'il consentait à l'opération, non que ce fût pour lui une chance de salut; mais une preuve d'un dévouement personnel, puisqu'il sacrifiait les intérêts de l'art à la nécessité de ne point lui refuser un secours qu'il regardait comme capable de sauver sa femme; l'opération fut dès-lors décidée, et la femme s'y soumit avec un courage qui ne démentit point celui qu'elle avait montré pendant tout le temps du travail.

L'appareil convenable ayant été préparé, la femme couchée en supination fut rapprochée du bord de son lit, qui correspondait à sa droite. J'ai dit plus haut que la matrice était surtout développée vers son côté droit. Aussi M. Moulin fut-il chargé de déprimer le ventre de gauche à droite avec une large éponge entourée d'une serviette; manœuvre destinée à rendre plus parfait le contact de la matrice avec la surface postérieure des muscles abdominaux. M. Velpeau se plaça au côté droit de la malade, puis explora la portion droite du ventre, pour s'assurer qu'aucun organe n'était interposé entre l'utérus et les muscles abdominaux, et reconnaître la situation de l'artère épigastrique: puis avec un bistouri convexe, il incisa la peau dans une direction oblique en bas et en avant sur le côté droit, dans une étendue de quatre pouces en dehors des muscles droits, et se terminant à deux pouces et demi au dessus du ligament de Poupart. Le tissu cellulaire fut incisé, puis l'aponévrose de l'oblique externe, puis l'épaisseur du petit oblique et du transverse. Au moment où l'incision parvint dans l'abdomen, une sorte d'explosion se fit entendre. Elle était due à la sortie des gaz qui s'étaient développés dans cette cavité. La matrice fut ensuite incisée couche par couche, jusqu'à son plan profond, et enfin on parvint dans sa cavité. La première partie qui se présenta fut une portion des membranes putréfiées, puis le cordon, puis les pieds qui furent dégagées, ensuite le tronc, les membres thoraciques; ensuite la tête qui ne le fut entièrement que par des tractions assez fortes, que je fus obligé de pratiquer sur elle: enfin, le placenta fut extrait. Le ventre s'affaissa aussitôt. On fit deux injections d'eau tiède dans la matrice; et on rapprocha les lèvres de la plaie par des éponges entourées de linges et placées sur les côtés, plus de la charpie qui la recouvrait et un bandage de corps.

La femme qui avait souffert avec résignation et sans donner des signes de douleur, parut considérablement affaiblie; elle fut saisie d'une sorte de hoquet qui se transforma en une suffocation qui nous annonça une fin prochaine. En effet, une heure après l'opération elle succomba.

L'enfant que nous avions retiré était très-volumineux; plusieurs parties de son corps étaient emphysémateuses; le cordon et le placenta participaient de cet état: la face était fortement allongée; la tête volumineuse et le crâne perforé au centre de la fontanelle antérieure était vide et fortement renversé en arrière: configuration qu'on s'explique très-bien, en pensant qu'à mesure que la face s'engageait davantage dans le bassin, le front et par suite la totalité du crâne étaient refoulés en arrière.

Nous aurions désiré faire l'autopsie de la femme; mais elle fut enterrée si précipitamment, qu'elle nous échappa, bien que nous en eussions manifesté notre intention aux personnes de la maison.

CONCLUSIONS.

Nous arrivons actuellement à nous demander si la terminaison funeste dont je viens de tracer le tableau, peut être rapportée, soit au vice de conformation du détroit supérieur, soit à la position défectueuse du fœtus?.... D'abord on ne peut nier qu'il n'y eut diminution du diamètre sacro-pubien, par le développement de la symphyse sacro-vertébrale. Nous avons tous été convaincus de ce fait par le toucher, et de plus, de son vivant, Madame F... était remarquable par la cambrure

de ses reins, dans la dépression desquels on pouvait placer en totalité, et en travers, ces espèces de cousins à forme cylindrique, qu'on voit sur les canapés.

Mais ce vice de conformation du bassin ne pouvait pas arrêter la tête au détroit supérieur ; puisque cette dame était déjà parfaitement accouchée d'un premier enfant, qui vit encore. Nous ne pouvons donc pas regarder la diminution du diamètre antéro-postérieur comme la cause des accidens fâcheux qui sont survenus, puisque si la tête s'était convenablement présentée, elle aurait traversé la filière du bassin, comme cela avait eu lieu dans un premier accouchement.

Or, c'est dans la position défectueuse de la tête que nous devons rechercher la source de tous les accidens qui vinrent nous assaillir. On peut d'ailleurs expliquer facilement le mécanisme par lequel la présentation de la face s'est opérée.

On conçoit bien que d'une part, l'obliquité droite de la matrice, devait refouler la tête vers la partie la plus déclive de la fosse iliaque gauche, et que cette extrémité céphalique poussée en avant par la saillie sacro-vertébrale devait reposer quelque peu sur la symphyse pubienne : or, ces deux obstacles étaient suffisans pour s'opposer à ce que la tête se fléchit sur le thorax, pour plonger, la première, l'extrémité occipitale de son ovoïde, sous l'influence des contractions utérines. Loin de là; la tête (par les résistances qu'elle rencontrait, soit dans le pubis, soit dans la portion la plus déclive de la fosse iliaque gauche, et de plus, par la direction oblique, en bas et à gauche, que lui communiquait l'axe dévié de la matrice), devait être fléchie sur les épaules, et par suite, la face devait s'engager dans le détroit supérieur.

Maintenant que nous avons analysé les causes qui ont pu déterminer la présentation que nous avons signalée, s'offre une question de la plus haute importance. Fallait-il laisser engager la face, dans l'espérance que cette présentation ne serait pas un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement; ou bien fallait-il chercher à ramener le vertex au centre du détroit; ou bien encore, était-il préférable d'aller chercher les pieds, ou enfin d'appliquer le forceps?... car tels sont les différens modes d'agir qui ont été conseillés par les praticiens au sujet d'une semblable présentation.

Examinons d'abord si la présentation de la face n'est pas un obstacle à la terminaison de l'accouchement. En parlant des positions déviées de la tête, M. Velpeau avance, quant aux positions de la face, qu'elles n'empêchent pas, en général, l'accouchement de se terminer sans secours. Smellie, Delamotte, citent des terminaisons spontanées dans ces présentations. Madame Lachapelle dit que sur soixante-douze cas de ce genre, quarante-deux s'étaient terminés spontanément ; Boër, Désormeaux sont de cette opinion : et cependant, Stein, Baudelocque, MM. Gardien, Maygrier et Capuron notamment, repoussent loin d'eux cette opinion trop facilement admise, et qui consiste à croire que dans cette présentation l'accouchement est possible. Pour mon compte, je conçois bien que des fœtus ont pu être expulsés naturellement dans cette présentation, chez des femmes bien conformées, ou chez d'autres, dont le bassin était plus vaste, ou qui portaient dans leur sein des fœtus peu développés. Mais s'il y a rétrécissement et que vous admettiez que la présentation est naturelle, votre sécurité peut alors entraîner les plus graves accidens. Et en effet, pour qu'un accouchement se termine dans une pareille présentation, il faut supposer que la face s'engage d'une manière parfaitement perpendiculaire, au plan du détroit supérieur; mais s'il en est autrement, si elle va s'appuyer sur un des points de la circonférence du détroit supérieur, phénomène, qui, nous le savons, reconnaît plusieurs causes fréquentes, alors qu'arrivera-t-il ?... Il arrivera que la tête, quelles que soient les contractions de la matrice, ne s'engagera point à travers le détroit abdominal ; et alors l'impossibilité de la terminaison de l'accouchement, sera en raison directe de l'étendue dans laquelle les épaules seront plongées dans le bassin.

Or, d'après ces considérations (bien que je ne nie pas cependant que dans la présentation de la face l'accouchement ne puisse se terminer d'après les lois ordinaires), toutes les fois que j'aurai affaire à une présentation de ce genre, je chercherai à ne pas laisser le fœtus persister dans cette présentation.

Pour remplir ce but, deux moyens se présentent et chacun les connaît ; ils consistent : ou bien à ramener le vertex au centre du bassin, ou à aller chercher les pieds. Mais on conçoit que ces deux manœuvres ne sont exécutables qu'immédiatement, ou peu de temps après la rupture de la poche des eaux, surtout si l'on cherche à ramener le vertex au centre du bassin. En effet, si la matrice est fortement appliquée sur le produit, et que celui-ci soit déjà engagé à travers le bassin, les tentatives que l'on fera seront inutiles.

M. Gardien dit que l'on peut ramener le vertex au centre du détroit, immédiatement après la rupture de la poche des eaux. M. Moulin, ne pouvant atteindre les pieds, le tenta, mais sans pouvoir réussir.

Pour moi, je pense, et c'est ici une opinion personnelle que j'émets, et non pas une critique de la conduite des autres, je pense que, si au lieu de se livrer à ces tentatives, dont le résultat a été si fâcheux, on eût été chercher les pieds de suite, immédiatement après la rupture de la poche, peut-être les aurait-on saisis et amenés sans que la face devînt un obstacle à l'accouchement. En effet, pendant le temps que l'on perd à vouloir ramener le vertex au centre du détroit, la face s'engage de plus en plus, et bientôt enclouée dans le bassin, elle devient une sorte de masse inerte et immobile dont l'étendue augmente par l'engorgement simultané des épaules et la tuméfaction des parties contenantes et contenues. Dans cette circonstance, l'accoucheur n'a aucune ressource, ni la recherche des pieds qui devient impraticable, ni même le forceps qui peut échouer. — Or, voici ce que j'enseigne constamment : Si vous avez affaire à une présentation franche de la face, il faut de suite aller chercher les pieds, immé-

diatement après la rupture de la poche des eaux, et cela avec la main, qui par sa surface palmaire correspond au plan antérieur du fœtus. Ce précepte est le fruit d'une conviction qui résulte pour moi d'une longue étude, et d'une observation constante. Si cette maxime devait être défendue, elle trouverait un appui dans les détails succincts que je vais rapporter.

La personne même qui fait le sujet de cette observation, était enceinte il y a deux ans : elle accoucha chez une sage-femme. L'enfant se présenta par la face. M. Moulin, qui arriva assez à temps, alla immédiatement après la rupture de la poche des eaux, chercher les pieds ; il les ramena et fit l'extraction du fœtus. La tête fut arrêtée au détroit supérieur. Il appliqua le forceps, et la femme fut sauvée.

Cette courte narration fait prévoir, ce me semble, même d'après les lois de la plus sévère induction, que si, dans le second accouchement, on avait été appelé à temps pour procéder comme dans le premier, on aurait pu obtenir les mêmes résultats avantageux. Cette conclusion ne ressort-elle pas d'ailleurs de tous les faits divers que nous venons de décrire, et qui sont marqués du sceau de la plus exacte vérité ?

HALMA-GRAND.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DES VOIES LACRYMALES ; RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA HAUTEUR ET LA LARGEUR DU CONDUIT NASAL ; MODIFICATIONS IMPORTANTES A APPORTER DANS LE MODÈLE DE LA CANULE A DEMEURE, DITE DU PROFESSEUR DUPUYTREN ; par le docteur BOURJOT-ST.-HILAIRE, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, pour les maladies des yeux.

1re PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Les voies lacrymales dans l'homme sont disposées plus largement, que dans aucun autre animal, pour transmettre, dans les fosses nasales, le fluide limpide qui, sous le nom de larmes, lubréfie le devant de l'œil, entraîne les corps étrangers, et les produits secrétés par les appareils mucipares des annexes oculaires, la caroncule, les cryptes de la conjonctive, et les follicules sébacés, dits de Méïbomius.

Les conditions nécessaires à l'accomplissement de cette fonction, sont : 1° la sécrétion dans une juste mesure du fluide lacrymal ; si elle devient trop abondante, les larmes ne peuvent plus être pompées assez promptement, elles s'écoulent sur la joue, comme il arrive après un fort larmoiement ; 2° une proportion également juste entre le mucus que les larmes doivent dissoudre et entraîner, et la partie la plus ténue du liquide ; 3° l'état tonique des syphons lacrymaux, qui n'est pas dû, comme on l'a dit, à des fibres circulaires, que l'anatomie ne peut démontrer, et qu'une saine physiologie ne revendique pas d'une manière plus expresse ; car ces fibres que l'on ne peut démontrer chez l'homme manquent tout à fait sur les grands mamifères : le bœuf, le cheval ; sur de plus petits, le chien et le lapin, où nous n'avons pu constater qu'une lacune à bords très-plats et très-minces. Les fibres décrites sous le nom de muscle de Hörner, qui agissent sur l'alongement des canaux qui communiquent des points au sac lacrymal, ont une fonction plus manifeste ; 4° le jeu d'aspiration pour puiser les larmes dans le sac du grand angle de l'œil est plus conforme, selon nous, aux lois physiques ; il se fait surtout par l'action d'un muscle que nous pensions avoir découvert dans des recherches récentes, et que l'anatomiste Duverney avait déjà fait connaître. Cet appareil musculaire consiste en fibres longues et assez pâles, qui du bord interne de l'orbite, à la jonction du tiers interne avec les deux tiers moyens, se portent sur le sac lacrymal, et distendent sa paroi fibreuse à chacune de leurs contractions. Ces contractions sont isochrônes à celles de l'orbiculaire, et deviennent très-énergiques, lorsque l'on fait effort pour sécher ses larmes après avoir beaucoup pleuré ; aussi est-ce instinctivement que nous contractons alors avec force tout l'appareil musculaire palpébral, comme cela est si facile à voir sur un enfant qui vient de sanglotter.

Ces fibres de ce muscle, que nous appellerons dilatateur inférieur du sac (M. dilatator sacculi lacrymalis inferior), sont bien distinctes de celles de l'orbiculaire, pour l'attache, la direction, elles ne sont pas circulaires et concentriques.

Un autre muscle qui a dû être confondu avec l'origine du sourcilier, et la queue de l'occipito-frontal, a la même action sur la partie du sac qui se trouve au dessus du tendon direct de l'orbiculaire. Ce tendon lui-même est tiré en dehors par les fibres de son muscle propre, lorsque la contraction est extrême, et tend à imprimer à la partie moyenne de la paroi fibreuse du sac à laquelle il est uni, un mouvement saccadé de dilatation, auquel nous attribuons la descente des larmes dans le sac, plutôt qu'à une action capillaire, et à toutes les autres raisons données par les auteurs. Ainsi, par la dilatation alternative du sac, un véritable jeu de pompe aspirante est établi, les larmes sont absorbées par les points lacrymaux, lorsque la valvule membraneuse qui se trouve à l'orifice inférieur du conduit nasal sous le cornet inférieur s'abaisse, et ouvre le passage, après s'être relevée à chaque inspiration, mouvement de clausion qui empêche l'air inspiré de pénétrer dans les voies lacrymales. Cette valvule est percée d'une sorte de canal obliquement creusé dans la muqueuse et exactement construit, comme la valvule qui permet à l'urine de sortir de l'uretère dans la vessie sans permettre son refoulement. Il en est de même ici, à cette différence près, que c'est de l'air et non un fluide aqueux qui agit sur la valvule nasale, aussi est-il impossible de faire remonter des lotions ou douches par inspiration du nez dans le conduit des larmes ; ce serait la même chose pour des fumigations. Cette valvule ou va et vient a donc beaucoup d'importance pour faire des voies lacrymales un véritable syphon aspirant, comme elle

s'oppose à l'entrée de l'air dans les voies nasales, à l'ascension des corps étrangers, tels que poudres sternutatoires, poussière, etc. Nous chercherons donc à ménager cette valvule dans la méthode aujourd'hui en vogue de la dilatation par une canule à demeure, en modifiant considérablement celle-ci.

5° Une autre condition nécessaire à l'intégrité de la fonction, est l'état sain de la conjonctive oculaire, de la muqueuse qui pénètre par les points lacrymaux dans le sac et dans le conduit lacrymal pour se continuer avec la membrane olfactive dont elle revêt déjà les caractères, mais légèrement, dans le canal nasal.

Cette membrane muqueuse est sécrétoire dans toute son étendue; elle le devient davantage lorsqu'elle se trouve hypertrophiée dans son appareil crypteux. La sécrétion de cette partie de la muqueuse passe alors de la qualité d'un mucus clair qui est nuisible aux larmes à celle d'un mucus épais quelquefois puriforme. Le tissu lui-même de la membrane dans les divers points de son étendue peut éprouver toutes les transformations, depuis la plus faible injection jusqu'au bourgeonnement de sa surface, jusqu'à la végétation de polypes, de callosités, de brides, etc., toutes transformations qui amènent l'oblitération sur une partie ou sur toute la longueur du canal de transmission de larmes.

6° La conservation du calibre du canal osseux, est, comme on le pense bien, une autre condition indispensable à un écoulement facile des larmes du devant de l'œil, dans les fosses nasales.

PATHOLOGIE.

On voit au premier abord que les maladies des voies lacrymales appartiendront fréquemment à ce que l'on appelle l'affection catarrhale aiguë ou chronique de la muqueuse des voies lacrymales, soit que l'inflammation débute du côté de l'œil, soit qu'elle se manifeste primitivement du côté des voies olfactives, comme on le rencontre à la suite des corizas aigus ou chroniques à la suite de simples refroidissemens, ou conséquences de fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, etc.; l'inflammation remonte alors de la gorge à l'œil par continuité de tissu, comme encore dans les maladies herpétiques et scrophuleuses qui de la lèvre supérieure envahissent la pituitaire des voies lacrymales.

Dans tous ces cas, les sécrétions de la muqueuse sont perverties dans leur nature, le produit devient plus dense, moins miscible aux larmes; le passage par les points lacrymaux est rendu difficile; il y a alors épiphora simple sans tumeur, si c'est dans le trajet des points au sac que l'obstacle a lieu; ou le sac et le canal étant engorgés inférieurement, les fluides alors ne peuvent descendre par ces méats oblitérés. Un moment arrive où toute la muqueuse est affectée, la sécrétion est partout augmentée et viciée; il y a alors blennorrhée du sac. Le produit accumulé de la sécrétion reflue par la pression vers les points lacrymaux, lorsqu'il est trop plein, et parfois s'écoule vers le nez lorsque l'obstacle n'est pas invincible.

Nous avons décrit les circonstances les plus ordinaires des prodromes des affections des voies lacrymales; nous avons vu que ce n'est pas un point limité de la muqueuse oculo-lacrymale qui peut être affecté, et en cela on peut blâmer le professeur Scarpa d'avoir restreint la maladie à la perversion de la sécrétion de la membrane muqueuse oculaire, et des follicules de Meïbomius, état qu'il a défini par le terme de *flux palpébral;* il faut bien admettre que le plus souvent il en est ainsi, et que la blépharite glanduleuse et la psorophthalmie sont l'occasion la plus fréquente des maladies des voies lacrymales, mais non pas toujours.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement médical de la première période.

Pour quiconque fera de l'ophthalmologie une étude des tissus et de leurs divers genres d'altération, et l'ophthalmologie ne doit être que cela si l'on veut marcher à l'aide de principes sûrs, il sera clair que les données ci-dessus admises sur la production des divers obstacles à l'écoulement des larmes, seront les meilleurs guides dans les voies thérapeutiques.

Ainsi, dans la première période d'acuité ou d'état subaigu, la méthode antiphlogistique sera employée pour combattre l'état de turgescence hypérémique de la muqueuse oculo-nasale. Si dans ces derniers temps l'on a annoncé avoir guéri presque à coup sûr par l'application répétée vers le grand angle de l'œil, et en dedans de l'aile du nez, d'une ou de deux sangsues, nous observerons que l'on n'a eu affaire qu'à de simples engouemens des voies lacrymales, lorsqu'il n'y avait qu'une affection locale peu ancienne et peu désorganisatrice. Les sangsues agissent en produisant une saignée dérivative des plus utiles, c'est un bon moyen que l'on peut faire concourir avec d'autres, dont il faut même se servir avant d'avoir recours à d'autres, et l'on doit à l'emploi de la méthode antiphlogistique, dans les maladies des voies lacrymales, la diminution très-marquée du nombre et de la gravité des tumeurs et des fistules lacrymales, que l'on rencontre dans la pratique de la ville, et des hôpitaux; mais, nous le répétons, ce n'est que dans les cas les plus simples que ce moyen réussit seul.

Dans la deuxième période qui s'atteint plus ou moins vite lorsque la maladie a passé à l'état chronique, que déjà les tissus sont modifiés, que les sécrétions sont perverties, il faut agir sur la constitution tout entière, par la voie hygiénique et thérapeutique. Par la voie thérapeutique, nous entendons la révulsion au loin, soit par les exutoires, soit par les purgatifs toujours utiles dans une sage mesure sur ces tempéramens éponges, chez lesquels, dans nos climats variables et humides, l'état catarrhal se manifeste tantôt à un point, tantôt sur un autre de la muqueuse ou peau rentrée.

En même temps il faudra chercher à modifier localement les tissus par les médications tirées de la classe des toniques, des astringens, et de légers escharrotiques. Ainsi, les sels métalliques : sulfate de zinc, de

cuivre, de fer, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, entreront dans des collyres liquides ou mous, et seront versés en lotions, ou appliquées sur la conjonctive palpébrale, et dans le grand angle de l'œil, vers le lieu dit le sac des larmes. Les points lacrymaux absorbent ces substances médicamenteuses, qui déjà auront agi sur la conjonctive oculaire, les transportent sur leur propre surface interne, et sur celle qui tapisse toutes les voies lacrymales. On peut aussi les y pousser avec force au moyen de la seringue d'Anel. Cependant beaucoup de praticiens rejettent ces injections, entr'autres Mackensie, Beer; M. de Wenzel le père, que la science opthalmologique regrette depuis quelques jours, nous disait, il n'y a pas long-temps, que sa longue expérience s'était très-bien trouvée de ces injections long-temps répétées.

Nous sommes de cet avis; nous avons vu à cette clinique, où nous étions chargés, par la nature de nos fonctions, de pratiquer ces injections sur les consultans du dehors, qu'elles détergent avec avantage le sac, qu'elles en chassent tout le mucus épaissi, et qu'elles peuvent agir mécaniquement, quoique rarement pour faire une voie aux larmes, par la partie inférieure; en tous cas, elles amènent constamment du mieux. Nous trouvons l'eau chargée de chlorure de sodium, une injection détersive suffisamment active. L'eau de Goulard affaiblie, l'eau de Baréges, une décoction tanninée de feuilles de noyer, de quinquina, etc., peuvent lui être substitués.

Quant aux pommades, nous n'en dirons que peu de choses; presque toutes les formules à base d'oxide rouge de mercure se valent, et ne méritent pas plus les unes que les autres d'être élevées au titre de panacée. Une formule qui est prônée comme guérissant tous les cas de blépharite et de flux palpébral, n'est qu'une œuvre de charlatanisme, contre laquelle on peut d'avance s'inscrire en faux. Quelques unes de ces formules ont pris rang dans nos codex comme médicamens officinaux adoptés, ce sont les pommades de Desault, de Janin, de Regent, qui y restent au même degré de valeur.

De nos jours, l'ophthalmologie, et toute la thérapeutique des ulcérations et des vices de sécrétions des membranes muqueuses oculaire, intestinale, urétrale, vaginale, se sert avec avantage du nitrate d'argent fondu. C'est de tous les cathérétiques le plus maniable, le plus innocent. A l'état solide, appliqué sur les surfaces humides, il fond et abandonne une légère quantité de lui-même aux tissus à la superficie seule desquels il se combine. Son action restant plus astringente que désorganisatrice. A l'état de collyre mou, mêlé à l'axonge à la dose de gr. *j* à *iij* par ℥ *j*, il forme une pommade très-utile contre les granulations de la muqueuse oculo-nasale. C'est à semblable formule, déguisée pharmaceutiquement, que W. Adams dut sa réputation d'avoir dompté l'ophthalmie d'Egypte, dont il s'était fait aux yeux de sa nation le plus ardent et le plus heureux adversaire.

A l'aide de ces moyens modifiés selon les temps, les personnes, l'état des choses, et le bon savoir du médecin, on verra le flux palpébral se modifier, la nature des larmes changer, et celles-ci reprendre leur limpidité ordinaire: les points lacrymaux cessent d'être turgescens, blafards; le mucus floconneux ne s'accumule plus dans le sac lacrymal; s'il s'en amasse un peu, c'est par en bas qu'il s'écoule. L'affection qui n'était encore qu'au deuxième degré disparaît pour revenir quelquefois avec les temps froids et humides, si le malade n'évite pas soigneusement tout ce qui peut produire vers les yeux un afflux de liquides, et surtout s'il ne craint pas de s'exposer à toutes les causes des affections catarrhales, comme le froid des pieds, les vents coulis des portes ou des fenêtres. La position auprès d'une croisée, même la mieux close en apparence, expose beaucoup de personnes à toutes les suites des affections rhumatismales et catarrhales par le rayonnement du calorique qui se fait au travers du vitrage, entre la pièce habitée, et l'air extérieur. Il suffit quelquefois de faire changer le lieu où une personne séjourne habituellement dans son appartement pour éloigner la menace d'une maladie fluxionnaire des voies lacrymales; il faut chercher aussi à améliorer la santé générale par un régime approprié. Comme on le sait, ces personnes d'une constitution lymphatique, les scrophuleux surtout sont bien plus exposés que les autres aux maladies des voies lacrymales; comme de toutes les autres portions de la muqueuse en général.

Nous ne prétendons pas que les causes catarrhales essentielles soient uniquement à signaler dans la production des maladies des voies lacrymales. Ainsi, les affections érysipélateuses, dartreuses et vénériennes qui assiégent la face et les environs du nez surtout, se propagent jusque dans les conduits des larmes et y deviennent la raison de la perversion des tissus et des sécrétions dont nous avons parlé. On a vu des pustules varioliques se développer au bord libre des paupières et désorganiser un ou les deux points lacrymaux, plus souvent l'inférieur, et amener une imperméabilité complète de ces canaux, d'où un épiphora incurable pour la vie. Ajoutons à ces causes celles qui peuvent mécaniquement ou vitalement produire une oblitération du canal osseux. Au premier rang nous placerons les déformations congénitales ou acquises du nez. L'épatement qui vient du renversement en dedans des apophyses montantes, et de l'écrasement des os propres du nez ne retrécit pas nécessairement le canal nasal. Nous voyons que les nègres (Cafres, Mozambiques) et comme point extrême de comparaison, les singes de l'Ancien-Monde à ouverture nasale antérieure (magot, cynocéphale), ont, avec un nez très aplati, les canaux lacrymaux très bien percés. Mais lorsqu'une carie vénérienne, lorsqu'un lupus a dévoré le vomer, la cloison moyenne, les cornets et le corps de l'etmoïde, l'os unguis est souvent affecté lui-même; les apophyses montantes se dé jettent en dedans et arrivent à comprimer le sac d'avant en arrière. Dès lors l'écoulement des larmes se fait mal; il y a une lente infiltration des tissus, la tumeur rouge étalée, quelquefois phlegmoneuse, prend les apparences d'un érysipèle permanent; il est plus

exacerbé un jour, moins l'autre, selon que l'air froid et humide, sec et venteux, aura excité un plus grand afflux de larmes. Les hypérostoses et caries vénériennes, scorbutiques, scrophuleuses, amènent aussi l'oblitération des canaux avec ou sans déformation de la voûte du nez, par gonflement des os et du périoste qui double la muqueuse lacrymale.

Doit-on rappeler ici que, chercher à attaquer la maladie locale, sans déraciner le mal dans sa source, c'est perdre un temps précieux ; tandis que si le vice radical est enlevé, on voit le plus souvent le gonflement disparaître, les tumeurs s'effacer, et la maladie guérir sans moyens chirurgicaux. Les maladies vénériennes sont certes celles vers lesquelles les soupçons devront premièrement être éveillés. Si le malade au nez aplati nazille, on peut annoncer que la carie syphilitique a détruit le voile du palais, perforé le plancher, attaqué les cornets, et ces maladies syphilitiques déjà profondément traitées par le mercure sont des plus rebelles et exigent des ménagemens dans l'emploi des mercuriaux, sous peine de voir la carie étendre ses ravages.

Enfin, les fractures du nez par enfoncement de la paroi antérieure du bord orbitaire du maxillaire supérieur, par un coup, une chute, un heurt donné à un corps mu violemment, comme le timon d'une voiture, produisent encore l'oblitération du sac ; une canule d'argent d'un calibre approprié selon notre nouveau modèle, introduite après examen des désordres, deviendra à la fois un moyen de réduction pour les esquilles enfoncées, et un méat artificiel nécessaire à l'écoulement des larmes, après que l'on aura calmé les premiers accidens traumatiques.

Troisième période.

Celle-ci n'est véritablement que la deuxième confirmée, et augmentée dans sa gravité par le temps. Aussi la désorganisation est-elle plus avancée, la membrane interne du canal nasal surtout, vers sa partie moyenne, s'est tuméfiée, a bourgeonné, a pu produire un polype pédiculé, comme Walter de Bonn en a cité un cas. La sécrétion est muqueuse et purulente ; elle s'accumule dans le sac, le distend, et le rend saillant en dehors de la demi-gouttière osseuse qui doit le contenir à l'état sain : il y a tumeur lacrymale, ou dacryocistide des ophthalmologistes de l'école de Vienne.

On ne confondra pas cette tumeur molle légèrement fluctuante, placée à l'angle du nez, au dessus du bord orbitaire, et qu'une pression médiocre fait disparaître, par l'écoulement par en haut, ou par en bas, du liquide contenu, avec un des tumeurs ou kystes fibreux du grand angle de l'œil. Comme nous en avons vu deux exemples cette année, chez une femme, ce kyste avait soulevé le plancher de l'orbite ; il venait de l'antre d'Hygmore ; chez un homme, il siégeait sous le périoste de l'apophyse nasale du coronal ; ces kystes contenaient une liqueur onctueuse, telle que le renferme la grenouillette sous-linguale. Dans ces deux cas, la dureté invincible de ces kystes et leur siége, un peu autre que celui de la véritable tumeur lacrymale, nous avaient déjà inspiré des doutes que l'opération fort simple qui eut lieu confirma pleinement ; les kystes guérirent par exfoliation de leur paroi interne.

L'obstacle existe ; il faut s'assurer de sa nature, de son siége, et de la résistance qu'il oppose. Nous allons maintenant entrer dans l'examen des moyens chirurgicaux proprement dits : parlons 1° de ceux servant à l'exploration : les stylets presque capillaires d'Anel et de Méjean, d'argent recuit à olives terminales, inventés pour le cathétérisme des points lacrymaux, ne nous paraissent pas de très-bons instrumens : le malade supporte difficilement leur intromission, et le chirurgien exécute avec peine cette exploration, car les paupières du malade sont agitées d'un clignotement spasmodique. La direction d'abord verticale, puis horizontale de ces orifices béants et de leur canalicule, les brides anormales qui en interceptent le calibre surtout vers le point de jonction dans le sac lacrymal, où ils ne parviennent qu'en pénétrant entre les fibres tendineuses du bord de la paupière, puis le nouveau changement de direction que reprend la perdendiculaire dans le sac, tout cela fait du cathétérisme explorateur à la manière d'Anel, un procédé de difficile exécution.

2° Nous rangeons parmi les moyens explorateurs les injections forcées par les points lacrymaux. Cette manœuvre n'a pas les inconvéniens de la précédente : l'olive qui termine les petits syphons d'or ou de platine, pénètre si peu, qu'il n'y a pas de changement de direction à essayer, l'injection poussée avec force, chasse les matières accumulées et peut faire juger de leur quantité, du lieu où se trouve l'obstacle, quelquefois même vaincre celui-ci.

3° Le cathétérisme inférieur devait avoir ses partisans ; il avait été mis en pratique par Laforest, pour, au moyen de son algalie creuse, déboucher par en bas le sac, et y faire des injections médicamenteuses. La courbure trop grande de cette algalie, telle que les arsenaux de chirurgie nous l'ont laissée, n'est pas commode ; elle expose à labourer inutilement les voies olfactives, et à briser le cornet inférieur.

Le cathéter de M. Gensoul, à courbure latérale sur la longueur me paraît construit sur des rapports anatomiques mieux étudiés ; le bec de ce cathéter explorateur est contourné sur son axe ; il est introduit à plat, le bec dirigé sous la courbure du cornet, et ramené doucement d'arrière en avant, vers l'épine interne de l'apophyse montante, là où le cornet s'y attache : le bec glisse sur le plan incliné, et par un demi-tour de main assez facile à saisir, il est dirigé vers l'orifice inférieur du canal nasal, qu'il doit pénétrer en écartant les parois de la valvule connivente qu'il faut chercher à ne point offenser. Alors on abaisse le manche de l'instrument ; le bec du cathéter parcourt promptement le canal nasal pour venir faire saillie sous la peau au grand angle de l'œil ; cela s'opère facilement, bien entendu si le canal est libre d'obstacles, et quoiqu'ils existent s'ils sont légers, on pénètre alors par un cathétérisme un peu forcé. On ne craint pas ici les fausses

routes, car l'on est dirigé par le canal osseux. Ce moyen est un des plus sûrs pour explorer le canal nasal par en bas ; mais fréquemment des embarras se rencontrent et le rendent impossible ; il faut alors recourir à l'exploration par en haut.

M. Gensoul, et presque au même temps, Taillefer et Gromore, ont fait du cathétérisme inférieur exploratif le premier temps d'une méthode qui consiste à transporter aux voies lacrymales les pratiques usitées pour l'exploration et le traitement des rétrécissemens de l'urètre.

En effet, M. Gensoul en a fait le premier temps d'une méthode qui consiste à transporter jusqu'à la cautérisation du sac par le nitrate d'argent qu'il introduit avec son algalie creuse, armée d'un stylet à cuvette porte-caustique. Déjà, en 1824, M. Gensoul annonçait avoir eu de très-nombreux succès, par l'emploi de cette méthode encore peu en faveur à Paris (*Voyez* les Archives).

L'idée du cathétérisme inférieur a suggéré à M. le docteur Manec, professeur distingué de chirurgie, celle de compléter le cathétérisme inférieur par l'adjonction à la sonde exploratrice creuse, d'un stylet ou dard, portant un chas d'aiguille. Ce qui permet : 1° d'arriver mécaniquement et par l'effet de la courbure que prend le stylet, en sortant au dehors du sac et de la paupière que la pointe traverse, chose très-importante, lorsque le désordre extérieur a amené de la confusion ; 2° de passer par le chas d'aiguille un fil que l'on retire ensuite par en bas, pour plus facilement ajouter à ce fil des brins de coton ou de soie ; en un mot se servir de la méthode du séton dilatateur ; de sorte que le cathétérisme inférieur vient également au secours du chirurgien, soit qu'il emploie la cautérisation, soit qu'il se borne à la dilatation, soit, comme je le propose, qu'il fasse concourir les deux moyens.

Jusqu'ici, ces tentatives d'exploration n'ont pas nécessité l'usage de l'instrument tranchant. Avec J.-Louis Petit, Desault et les modernes, nous arriverons à l'incision du sac.

Comme tous les moyens qui tendent à faire passer le fil conducteur par les points lacrymaux sont ou trop difficiles ou dangereux, J.-L. Petit rendit un service à la chirurgie, en tranchant le nœud gordien par l'incision du sac. Cette incision, outre qu'elle est un premier temps utile pour l'opération subséquente, a eu l'avantage d'amener un dégorgement dans les parties. Après elle vient la longue liste des moyens employés pour opérer la dilatation temporaire ou permanente du canal obstrué. Que l'on se serve de bougies, comme J.-L. Petit ; de la corde à boyau de Quadri, de Naples ; de Beer, de Vienne, en y ajoutant des moyens médicamenteux, du clou de Scarpa, du séton simple de Martins (Radius ophthalmogici minores, tom. II.) ; de celui composé de Walter et de M. Roux ; que l'on fasse passer le fil avec le stylet fourchu de Boyer dans la canule de Desault, ou à l'aide du ressort de montre de Pamard, un des moyens les plus faciles à employer, du trois quart canule de Jurine, du grain de plomb de Fournier, qui souvent manquera son effet, le but est de faire passer le fil conducteur du séton, et ce but sera facilement rempli par le procédé le plus familier à l'opérateur, et nous ne préconisons pas un moyen plus que l'autre ; nous dirons seulement que nous nous servirons plus probablement de la sonde à dard de M. Manec et du ressort de montre de Pamard, après l'incision supérieure.

Le séton doit-il être composé d'un grand nombre de fils de coton, de charpie ou de soie, ou simplement d'un ou deux brins de ces substances ? Walter le compose de plusieurs brins de soie écrue ; Martins ne veut que deux fils accolés l'un à l'autre ; ses moyens sont ingénieux non seulement pour l'introduction, mais pour garder au dehors le fil en réserve.

Ce que je trouve d'une heureuse application dans les propositions de Martins (*loco citato*), c'est 1° de charger les fils de légers escharrotiques, tels que la pommade de nitrate d'argent, l'onguent d'althæa, etc., etc., pour modifier la muqueuse du canal ; 2° c'est de fermer la plaie supérieure (dans le procédé de M. Manec on n'en a même pas), et de ne laisser de libre que le passage du fil. Walter ne veut pas que l'on porte le séton en haut, jusque sous la peau ; en cela il pense juste ; par là on évitera un éraillement lors de la cicatrice d'une plaie très large.

Le clou de plomb de Scarpa avec une tête plate et largement appuyée sur la peau en dehors, me paraît être un des meilleurs moyens à employer chez les gens de la campagne, qui ne peuvent s'astreindre à des pansemens fréquens : ôter le clou, pratiquer une injection simple avec une petite seringue à oreille, replacer le conducteur métallique, voilà à quoi se bornent les soins qui suivent cette opération, qui amène avec le temps une guérison assez certaine.

Enfin, il nous reste à parler de la canule à demeure, procédé qui déjà dans la science est rentré dans la pratique, sous les auspices de M. Dupuytren, et le dirons-nous, avec des défauts qui lui ont mérité des revers fréquens et de nombreux détracteurs parmi les chirurgiens et parmi les gens du monde. Cette méthode pouvait être corrigée, améliorée par les mains habiles qui l'employaient ; elle devait ne pas se montrer avec ses défauts, ne pas rester exclusive et banale à tous les cas, sans distinction, sans modifications aucunes, et alors, au lieu d'avoir été rejetée tout-à-fait et injustement par quelques praticiens, elle eût gagné des résultats d'une pratique comparative ; mais au point où en sont les choses, disons que la méthode de la canule à demeure, unit des avantages réels à de nombreux défauts ; qu'il nous paraît possible de conserver les avantages et de rejeter les vices inhérens à cette méthode ; c'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer dans la suite de ce travail.

IIe PARTIE.

MODIFICATIONS A APPORTER A LA CANULE DE M. DUPUYTREN.

Le canal nasal, avons-nous dit, est doublé d'une

membrane qui tient à la fois de la nature fibreuse, comme périoste du canal osseux, formé par l'apophyse montante et la concavité de l'os unguis, et de la nature muqueuse, par sa surface légèrement sécrétoire à l'état ordinaire. Un corps métallique à demeure et immobile, n'aura qu'une faible action sur cette paroi, et tout ce qui a été dit à cet égard de sa mortification et de la carie des os, nous paraît exagéré; il n'en est pas de même des reproches que l'on a faits à la canule, en parlant de ses vacillations et du grave inconvénient de ses déplacemens. Dans le modèle actuel, le corps de la canule presque toujours trop mince pour porter sur le pourtour du conduit osséo-membraneux, n'est retenu que par le bourrelet qui circonscrit l'orifice supérieur de la canule, et ce bourrelet ne fait que poser sans y être enclavé sur le bord osseux. Cela rappelle exactement l'état vacillant d'un clou à tête plate, qui a été ébranlé par la tenaille et le marteau, et qui dépasse du côté inverse à celui par lequel il a pénétré dans une planche de bois tendre; s'il tient encore, c'est sa tête plate qui l'empêche de passer de part en part, la tige du clou étant libre de toute pression. C'est exactement ce qui arrive au modèle de canule, dit du professeur Dupuytren, et affermie dans le canal qu'elle parcourt, mais qu'elle remplit dans aucun point de son étendue. Cette canule tend toujours, par les mouvemens de totalité de la tête, dans l'action de se moucher et d'éternuer, soit à remonter et à se présenter sous la peau en haut du sac, pour ne plus servir alors d'infundibulum aux larmes, soit si le bourrelet est lui-même d'une mesure trop étroite, à descendre par le canal osseux, et à offenser de sa pointe la concavité du cornet inférieur, soit si elle porte plus bas à toucher le plancher des fosses nasales, et à le perforer à la longue, comme nous en avons vu déjà plusieurs exemples, circonstance qui exige une exérèse fort pénible; vient encore s'y joindre le danger plus grand de la chute instantanée et inattendue de la canule, car elle peut alors pénétrer par surprise dans les voies respiratoires ou digestives, et y occasioner de graves accidens.

Si le calibre de ces canules est aussi trop petit, et qu'il offre, comme cela a lieu dans le modèle adopté, moins d'un quart de ligne à son orifice inférieur, on comprend combien facilement il se bouche par du mucus épaissi, mêlé à des poudres, à des matières lithiques, à de la poudre de tabac. La canule dans ces cas n'agit plus comme moyen de dilatation permanente, ni comme canal artificiel; elle n'a plus que les inconvéniens d'un corps étranger, incommode par ses déplacemens, et qui par son bourrelet rend même alors tout-à-fait impossible l'écoulement des larmes, en dehors de la canule, entre elle et les parois osséo-fibreuses (1).

Mais ne devait-on pas chercher à améliorer une méthode, qui, par cela même qu'elle se trouve adoptée par un grand nombre de praticiens, et à cause de sa facile exécution, ne pouvait ne pas avoir de nombreux revers.

Pour les éviter, il fallait rendre à la canule sa propriété de corps dilatant à demeure fixe, et sa propriété de canal artificiel.

Pour cela, il fallait donner à la canule des rapports exacts avec le canal osseux lui-même, rendre égaux les deux calibres du canal naturel et du canal artificiel.

Un calibre étroit, uni à une longueur considérable, était une condition d'obstruction; il était urgent d'y obvier.

Il fallait donc ôter à la canule, ainsi modifiée, selon son diamètre, une longueur trop considérable, et la proportionner à la longueur véritable du canal osseux qu'elle ne devait pas dépasser.

Il fallait que la valvule membraneuse, si importante au mécanisme de l'écoulement des larmes, et à leur descente, ne fût pas rendue inutile; elle ne pouvait rester libre dans son action qu'avec une canule assez courte, pour que son orifice restât supérieur au bord flottant de la valvule.

Pour arriver à ces modifications, il fallait de nouveau s'assurer de la largeur du canal, non pour établir une règle invariable par une mensuration moyenne. Dans les cas de ce genre, on ne peut et on ne doit prendre que des mesures absolues et individuelles, et si nous ajoutons à ce mémoire une sorte de table, c'est plutôt pour dresser une échelle des variations que pour établir une moyenne. Cependant les limites ordinaires étant données, on peut approximativement juger de ce qui peut être dans le plus grand nombre des cas (*V.* le tableau ci-annexé).

Le canal nasal, et le sac lacrymal qui lui est supérieur, peuvent être compris sous la dénomination unique du conduit des larmes, qui peut cependant arbitrairement se diviser en deux portions, formant ensemble deux portions de cônes tronqués, qui se rapprochent beaucoup d'un cylindre exact : l'une supérieure, comprend toute la gouttière lacrymale, et se termine un peu au-dessous du bord orbitaire, au niveau du plancher de l'orbite. Cette portion n'a aucun rapport avec la longueur de la canule. Suivant les sujets, elle peut avoir de quatre à cinq lignes; c'est elle qui constitue

(1) Une femme vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu; elle a long-temps porté une canule qui, s'étant bouchée, a amené d'autres abcès; enfin, celle-ci étant tombée dans les voies olfactives, elle l'a crachée. La canule était obstruée par une matière concrète très-putride.

Chez un autre malade, je suis parvenu à déboucher la canule elle-même, au moyen d'un stylet de Giraud; mais pour cela, il a fallu pratiquer une incision comme pour l'application primitive.

Un grand nombre de malades nous arrivent, chez lesquels la canule de M. Dupuytren cause des accidens au bout d'un temps plus ou moins long.

la partie fibreuse du sac. La seconde portion ou inférieure, représente le véritable canal nasal; elle se limite en haut, un peu au-dessous du bord orbitaire, en bas, à l'évasement du canal osseux, qui a lieu au dessus de l'épine interne de l'apophyse montante qui donne attache au cornet; ce point répond en dehors exactement à la terminaison supérieure de la ligne qui contourne l'aile du nez. C'est là aussi que s'attache la valvule flottante (V).

Cette portion du canal, qui est la seule à l'oblitération de laquelle la canule doive et puisse obvier, est aussi fréquemment sujette à des engorgemens et à des strictures; elle n'a jamais plus de cinq lignes jusqu'à la valvule flottante, et se limite le plus souvent entre trois et quatre lignes. Le diamètre varie entre les n°s 1 et 10 des sondes, pour le canal osseux à l'état sec, c'est-à-dire de trois quarts de ligne à trois lignes de diamètre, comme nous pouvons en produire des exemples, la canule du modèle actuel (C.), passe pour son tube dans le n° 3 du gradomètre à bougie, c'est-à-dire qu'il n'a qu'une ligne un quart, et le pavillon lui-même passe par le trou n° 6, c'est-à-dire à deux lignes.

Il est facile de voir que lorsque le canal osseux aura une largeur supérieure au n° 3, il ne pourra maintenir ferme le corps de la canule, et que lorsqu'il présentera une largeur n° 6 ou deux lignes, le pavillon lui-même ne sera pas soutenu, et que la sonde tout entière pourra descendre dans le nez.

Mais le canal osseux, en lui donnant l'extension la plus longue, au delà même de son évasement, n'a que de trois à cinq lignes au plus : ce sera donc une faute que de mettre une canule de huit, neuf à dix lignes du modèle actuel, et ce sera sous peine d'avoir une canule vacillante (*V.* C.) et de voir une pointe inflexible représentée par le biseau du bec inférieur, capable de perforer le plancher des fosses nasales qu'il vient rencontrer, nous venons d'en voir coup sur coup deux cas très-remarquables: chez un malade qui vint, il y a peu de jours, faire extraire une canule qui descendait de quatre à cinq lignes dans la bouche, en traversant le palais; chez une femme qui s'était présentée peu de temps avant, la pointe métallique faisait encore à peine saillie, cependant elle était visible.

D'après tout ce que nous venons de dire, il est facile de trouver les causes des reproches faits justement à la canule de M. Dupuytren, et d'y obvier. Nous avons cherché anatomiquement le compas et le gradomètre à bougies à la main, et nous avons compris qu'il fallait : 1° diminuer la longueur de la canule; dans quelle limite? dans celle du canal osseux, c'est-à-dire de quatre lignes à cinq lignes et demie.

Cette longueur doit être ainsi partagée : une ligne à une ligne et demie appartiendra à la portion du conduit qui se trouve dans le sac; elle sera taillée en biseau, lequel restera dans le sac dont il servira à distendre les parois, en formant infundibulum pour les fluides; l'autre portion de la canule légèrement conique remplira la portion qui forme le canal osseux.

Le bec de flûte supérieur sera taillé aux dépens de la convexité très-peu sentie de la canule pour s'accommoder à la courbure légère du canal nasal. Le sinus de la courbure ne dépassera jamais un tiers de ligne.

La canule que nous proposons variera du n° 1 au n° 9 de trois quarts de ligne à deux lignes trois quarts de diamètre. La longueur reste fixée à quatre lignes et demie, y compris la portion en biseau.

MÉTHODE OPÉRATOIRE.

Toute opération de la fistule lacrymale, par la canule à demeure, après toutes les tentatives de résolution, par les moyens médicaux, se composera des temps suivans, rapprochés ou disjoints au gré de l'opérateur :

1° De l'incision. Il conviendra de la diriger un peu plus verticalement de haut en bas qu'on ne l'a fait, en respectant, comme il est bien entendu, le tendon de l'orbiculaire; nos canules étant grosses, l'incision a besoin d'être large.

On laissera le sang s'écouler; on favorisera cette déplétion locale par des lotions tièdes et par un cataplasme émollient; une mèche ou un petit morceau de bougie sera introduit dans la plaie jusqu'au lendemain.

2e temps. Il se compose de l'exploration, temps négligé, on ne sait pourquoi, par M. Dupuytren et ses imitateurs. Elle se fera à l'aide d'un stylet boutonné d'argent recuit à olive terminale; cette exploration sera dirigée en haut vers le sac, et en bas dans le canal osséo-fibreux. Ces recherches indiqueront le lieu où il existera des brides, des callosités, des exostoses, etc. On essaiera aussi la voie des injections par les points lacrymaux et par la plaie, ce qui devient un excellent moyen d'exploration par la facilité que le liquide montrera à s'écouler par la plaie, ou par le pertuis inférieur.

Si d'après la nature de l'oblitération qui peut n'appartenir qu'à un état fongueux de la muqueuse, ou d'après une idée préconçue, ou encore parce que des circonstances ne permettent pas de suivre le malade, comme l'éloignement, un voyage, le chirurgien peut mettre de suite une de nos canules. Il peut arriver au but désiré, en essayant plusieurs numéros, jusqu'à ce qu'il soit tombé sur un numéro convenable; mais, pour éviter ces tâtonnemens, il vaut mieux faire les recherches suivantes, que l'on ne peut remplacer par aucun rapport extérieur entre la forme du nez et le calibre du canal, au moins à ce que nous sachions.

On prendra une bougie conique solide, ou une sonde rendue ferme par son mandrin de métal ou de baleine, un bout de six à huit pouces étant plus facile à manœuvrer, on couperait l'excédant. La bougie serait trempée dans de l'huile fine; on la présentera à l'ouverture de l'incision faite la veille, et dilatée par la mèche ou le bout de sonde placé dans la plaie, on cherchera alors à faire descendre la bougie conique par un mouvement doux de rotation, sans insister avec force ni violence; quand elle aura pénétré de cinq, six, huit lignes, sa conicité l'empêchera de pénétrer plus avant,

et le point où elle s'arrête sera marqué avec l'ongle, si la bougie n'est pas graduée. En reportant cette bougie sur le gradomètre, au point où elle s'est arrêtée, ou en la faisant passer dans une des canules, il sera facile de trouver le numéro approprié à l'individualité à laquelle on a affaire.

Si l'on n'a pas la canule du numéro correspondant, on attendra facilement de se l'être procurée (1). En effet, on peut, au plus grand avantage du malade, faire concourir les deux méthodes de la dilatation mobile avec celle de la dilatation fixe. Ainsi, l'exploration étant faite, le canal mesuré, nous conseillons, pour un mois, six semaines, et plus s'il est nécessaire, l'emploi d'un faible séton de soie ou de fils de coton, chargé ou non de substances médicamenteuses, comme l'onguent d'althæa uni à du précipité rouge, de nitrate d'argent pulvérisé, incorporé à l'axonge. On pourrait se servir de la corde à boyau de Beer ou de M. Larrey, trempée dans du vin d'opium, le collyre cathérétique de Lanfranc; on pourrait placer temporairement le clou de plomb de Scarpa, et déterger le fond du sac par des lotions résolutives; enfin, se servir de la méthode de Ducamp, avec un de ses porte-caustiques du plus petit diamètre, sans surcharger la chirurgie d'instrumens nouveaux.

La canule à demeure doit être en bonne pratique, moins un moyen de guérison actuelle, qu'un moyen préventif contre une oblitération à venir; c'est ainsi que nous l'avons toujours considérée, et si cette méthode a des détracteurs, cela vient de ce que l'on a voulu en faire dans des cas simples comme dans ceux plus graves une méthode primitive et unique de traitement sans y faire concourir les autres.

Ainsi, par les moyens dilatans on tiendra la plaie ouverte, sauf à l'agrandir, un peu lors de la pose de la canule à demeure. Cette opération se fait bien, en conduisant ce tube métallique sur un stylet d'argent passé dans le canal. Ensuite on appuie avec un mandrin coudé plein, ou avec les mors d'une pince à anneaux; avec le doigt on s'assure que le bec en biseau de la canule est bien caché dans la gouttière lacrymale; on pratique une injection par en haut, ou l'on passe un stylet dans le tube métallique, pour le déboucher. On recommencera les injections deux ou trois jours de suite, et ce n'est qu'alors, lorsque les accidens auront cédé, que l'on abandonnera la plaie à la cicatrisation. Si l'on était forcé de recourir à l'extraction, on la pratiquera à l'aide du crochet hameçon, inventé par M. Cloquet, et qui remplit très-bien ce but.

Les avantages de ces modifications sont, et nous en appelons à la pratique et à l'examen des praticiens: 1° de substituer réellement au canal osséo-fibreux, sujet à s'oblitérer, après la guérison des obstacles, un canal artificiel exactement construit sur le canal naturel, d'introduire un tube métallique d'une longueur qui ne lui permette pas de détruire l'usage de la valvule connivente inférieure, d'un calibre assez large pour ne pouvoir jamais tomber dans le nez, ni remonter, ni vaciller sans cesse, qui ne pourra pas s'oblitérer et devenir ainsi cause d'accidens consécutifs, aussi graves peut-être que ceux auxquels la canule est destinée à obvier.

En un mot, les corrections que nous proposons nous semblent ôter à la méthode, souvent légèrement employée, de la canule à demeure, dite du professeur Dupuytren. Ses plus notables inconvéniens, et les réflexions que nous avons ajoutées à l'exposé des modifications que nous proposons, feront comprendre au praticien que ce moyen, même corrigé, ne peut ni ne doit être employé primitivement sans traitement préalable, sous peine d'éprouver des revers.

---

(1) Les médecins de province qui désireraient employer les canules du nouveau modèle, pourraient envoyer à M. B. St-H., au Muséum d'histoire naturelle, rue de Seine, n. 33, le bout de sonde exploratrice. Il fera fabriquer le numéro correspondant par M. Charrière, fabricant d'instrument de chirurgie, rue de l'École de Médecine, ou s'adresser directement à M. Charrière.

TABLEAU DE LA LARGEUR ET DE LA LONGUEUR DU CANAL OSSEUX DES LARMES.

SUR 53 TÊTES DE DIFFÉRENTES RACES.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LIGNE DE DIAMET.	LIGNE LONGUEUR.	NATIONS.	OBSERVATIONS.
Nos 5	1 3/4	5		Lames de l'unguis très-développées.
2	1	5		*Nota.* Bride osseuse formant pont entre la lame externe de l'unguis et l'apophyse montante.
10	3	3		
6	2	5		
5	1 3/4	5	Français.	Ces mesures ont été prises sur douze Français adultes, du sexe mâle, décédés soldats au Val-de-Grâce. — La longueur du canal est dans cette mensuration trop forte; elle comprend toujours toute la portion évasée, jusqu'à l'attache du cornet.
5	1 3/4	5		
6	2	5		
6	2	5		
7	2 1/4	3 1/2		
6	2	5		
5	1 3/4	5		
5	1 3/4	5		
7	2 1 4	6		*Nota.* Sujet à l'état frais, ayant la face très-haute et le nez aquilin. Age, 45 ans; avait deux points lacrymaux supérieurs.
5	1 3/4	3		*Nota.* Sur un sujet, au-dessous de la deuxième dentition, le canal n'a de hauteur, jusqu'au plancher, que 4 lignes au plus.
2	1	4	Européen.	
6	2	5	Européen.	
7	2 1/4	4	Européen.	
10	3	4	Européen.	*Nota.* Vieillard dont la tête est dans l'armoire de la dentition. (Galerie d'anatomie au Muséum.)
6	2	4	Européen.	
6	2	3	Européen Bohémien.	
7	2 1/4	5	Europ., soldat russe.	Côté gauche. Différence d'une demi-ligne d'un canal à l'autre.
5	1 3/4	5		Côté droit....
3	1 1/4	4	Européen cosaque.	La gouttière complétement formée par l'apophyse montante, l'unguis très-petit.
4	1 1/2	5	Européen russe.	La longueur du canal n'est pas influencée par la hauteur de la joue, qui dépend du bord alvéolaire.
6	2	4	Européen morabe.	Unguis formant bien l'infundibulum.
5	1 3/4	4	Europ., fille cosaque.	Unguis peu développé.
5	1 3/4	3	Européen arabe.	

RACE INDO-MALAISE.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LIGNE DE DIAMETR.	LIGNE LONGUEUR.	NATION.	OBSERVATIONS.
Nos 8	2 1/2	3	Indien de Bornéo.	Maxillaire supérieur très-élevé et déprimé.
7	2 1/4	3	Indou.	
7	2 1/4	3	Javanais.	
6	2	4	Papoue (Austr. r. m.)	
5	1 3/4	4	Malais.	
7	2 1/4	3	Marrhate (Indostan.)	
7	2 1/4	4	Bengali (Inde.)	
6	2	4	Birman (Inde.)	
3	1 1/4	5	Néapolien (Inde.)	
4	1 1/2	4	H. Van Diemen Aus.	
7	2 1/2	4	H. C. de Malabar. (I.)	

RACE ÉTHIOPIENNE.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LIGNE DE DIAMETR.	LIGNE LONGUEUR.	NATION.	OBSERVATIONS.
Nos 7	2 1/4	5	Africain de l'intér.	
7	2 1/4	5	Madécasse.	
6	2	4	Hottentot.	Sac très-excavé.
5	1 3/4	3	Hottentot jeune.	Légère différence entre les deux canaux.
6	2	3		
5	1 3/4	3	Africain.	Ecartement considerable des lames de l'apophyse montante.
8	2 1/2	3		
5	1 3/4	4	Hottentot.	Nez très-aplati, ouverture évasée.
7	2 1/4	4	Nègre Cafrerie.	
6	2	4	Nègre transporté à la Havane.	
7	2 1/4	4		
5	1 3/4	3	Momie égyptienne.	

AMÉRICAINS.

Nos 6	2	4	Mexicain.	Nez très-saillant
7	2 1/2	3	Patagon.	
9	2 3/4	3	Amér. sauvage du N.	

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

On voit que le plus grand maximum varie de 1 3/4 à 2 1/4.

On trouve pour la largeur.

2 à 1 lig.	
2 à 1	1/4.
2 à 1	1/2.
14 à 1	3/4.
14 à 2	
14 à 2	1/4.
2 à 2	1/4.
1 à 2	3/4.
3 à 3	

La hauteur qu'il n'est pas aussi facile de mesurer certainement, varie de 3 à 5 lignes, du plancher de l'orbite à la crête du cornet inférieur.

Warre avait déjà trouvé le canal pouvant admettre une plume de corbeau ou d'oie.

BOURJOT-ST-HILAIRE.

OBSERVATION D'UN UTÉRUS BILOBÉ.

Mademoiselle Tronsin (Erminie), âgée de 19 ans, grande, mince et blonde, fut réglée pour la première fois, il y a deux ans. Quelques mois après elle se maria. Il y a environ six mois, elle commença à se plaindre de douleurs assez vives dans la région utérine et particulièrement dans le vagin. Ces douleurs devenaient surtout très-intenses pendant l'époque menstruelle, puis elles allaient en diminuant pour revenir encore plus vives à l'époque suivante. Son mari qui les attribuait à quelques efforts qu'elle aurait faits en soulevant quelque fardeau (elle était blanchisseuse), la força à rester en repos chez elle. Ce repos les lui fit supporter pendant quelque temps, parce qu'elle pouvait alors se coucher, position dans laquelle elle souffrait alors infiniment moins. Mais enfin son état s'aggravant de plus en plus, et ne sachant quels soulagemens y apporter, elle se décida à consulter. Je la vis pour la première fois le 1er mai 1834; je la trouvai couchée; elle me dit que depuis trois jours l'écoulement des règles avait lieu, et que depuis ce temps les douleurs habituelles étaient devenues si intenses, qu'elle avait été forcée de garder entièrement le lit, que la position verticale, que les besoins d'expulsion des selles et surtout des urines, besoins qui revenaient fréquemment, la mettaient dans un état d'anxiété et de souffrance difficile à décrire. Je procédai à l'examen des organes malades, et voici le résultat de cet examen : A un pouce environ de l'entrée du vagin, et à sa partie antérieure et latérale droite, existait une tumeur rénittente, considérable, remplissant presque toute la cavité du petit bassin, et qu'au premier abord on aurait pu prendre pour celle formée par l'utérus au commencement du travail de l'accouchement. A l'aide du doigt introduit dans le vagin, on pouvait s'assurer facilement de l'étendue de cette tumeur en avant et en bas, mais il était impossible de sentir jusqu'où elle s'étendait en arrière et de pouvoir arriver jusqu'au col de l'utérus qui paraissait fortement rejeté en haut et en arrière. Au travers des parois abdominales on sentait un corps volumineux qui s'élevait à la hauteur de l'ombilic, plus dur à la partie

supérieure que dans le reste de son étendue, et ressemblant parfaitement à un utérus développé comme au sixième mois de la grossesse; en pressant sur ce corps on faisait augmenter la saillie du vagin, et il était alors facile de s'assurer que c'était toujours la même tumeur qui s'était ainsi développée et dans le vagin et dans le ventre. Je m'assurai de plus que la vessie ne participait point à sa formation, en introduisant une sonde dans cet organe. Mais quelle était la nature de cette tumeur? aux dépens de quoi était-elle formée? Il était impossible de ne pas reconnaître dans son intérieur la présence d'un liquide; mais quel était ce liquide? Les douleurs qui étaient plus vives aux époques menstruelles, la tumeur qui paraissait aussi augmenter de volume à chacune de ces époques, me firent penser un instant qu'elle pouvait être due à la rétention du sang des règles dans quelque point de l'organe. Mais l'écoulement périodique, qui ne paraissait en aucune façon suspendu, me fit rejeter cette idée. Enfin je m'arrêtai à celle d'une tumeur enkystée qui aurait eu son siége entre la vessie, l'utérus et le péritoine.

Cette femme étant peu fortunée et prévoyant que sa maladie pourrait se prolonger un certain temps, se décida à entrer à l'hospice Royal de Versailles, le 12 mai 1833; là, elle fut examinée de nouveau plusieurs fois par MM. Maurin, Pénard et Vitry, chirurgiens en chef, et par M. Noble, médecin en chef de la maison, et, après ces examens, ces Messieurs éprouvèrent les mêmes doutes, les même incertitudes que moi, sur la nature de la tumeur. Enfin comme la malade désirait qu'on la délivrât à tout prix de la cause de ses souffrances, qu'il était évident que la tumeur ne contenait que du liquide, qu'elle paraissait située en dehors de la vessie, du rectum, du péritoine, et quant à l'utérus, dont on appréciait difficilement la position, qu'en supposant qu'il fût pour quelque chose dans son développement, il n'y avait encore d'autre chose à faire que de donner issue au liquide, on se décida à recourir à ce moyen. Le 15 mai, M. Maurin, en présence de MM. Pénard, Vitry, Noble, Navarre, Noble fils, des élèves de la maison et de moi, plongea un troquart dans la partie de la tumeur qui faisait saillie dans le vagin, il s'écoula aussitôt par la canule, un liquide de couleur de chocolat, de consistance sirupeuse, inodore. Comme ce liquide sortait difficilement par la canule, on agrandit légèrement l'ouverture avec le bistouri, il s'en écoula alors par flots une quantité que l'on peut évaluer à environ trois cuvettes. Le doigt introduit dans cette cavité l'on put s'assurer qu'elle remplissait le bassin et qu'elle était tout à fait isolée. On put aussi alors reconnaître à l'extrémité supérieure du vagin un petit corps dur qui paraissait être la matrice et dont on sentait facilement l'ouverture vaginale qui était un peu béante.

Les quatre premiers jours après l'opération, cette femme était parfaitement bien, très-gaie d'être débarrassée d'un ennemi qui la tourmentait depuis bien long-temps. Il se faisait par l'ouverture un léger suintement, les parois de la tumeur paraissaient se rapprocher et tout annonçait une terminaison heureuse et prompte, lorsque le lundi 19 au matin, les symptômes de péritonite commencèrent à se montrer; cette affection prit en quelques heures un degré d'intensité effrayant, et malgré l'emploi rapide et énergique des moyens les plus actifs, elle succomba dans la journée du 22 du même mois.

Le lendemain, je procédai à l'examen cadavérique, en présence de MM. Noble, Maurin, Bataille, Pénard, Vitry, Navarre, Noble fils, et des élèves de la maison. Voici le résultat de cet examen :

L'ouverture de l'abdomen nous montra le péritoine vivement enflammé dans toute son étendue, offrant un grand nombre de pseudo-membranes et un vaste épanchement puriforme. Cette membrane était surtout phlogosée dans la partie correspondant à la tumeur, laquelle était située en dehors de cette membrane, et paraissait faire partie de l'utérus.

Les organes de la génération, isolés et enlevés par une coupe des os du bassin, offraient la disposition suivante : Le vagin avait 4 pouces et demi de longueur; à sa partie latérale droite et environ à un pouce de son entrée, se trouvait l'ouverture pratiquée à la tumeur; à sa partie supérieure on voyait l'ouverture longitudinale utéro-vaginale, située de droite à gauche : cette ouverture était tout à fait au niveau de la membrane vaginale, c'est-à-dire qu'il n'y avait point de traces de col de l'utérus, et que la saillie que forme ordinairement ce col dans le vagin et qui, avec l'ouverture utéro-vaginale, forme ce que l'on nomme le museau de tanche, n'existait pas.

L'utérus présentait une forme singulière; son corps qui avait un pouce et demi de largeur, était terminé de chaque côté par deux cornes de chacune deux pouces de long, larges, épaisses et charnues. A l'extrémité de ces cornes se trouvaient les trompes utérines qui avaient leur forme et leur position normales, ainsi que les ovaires.

Une incision commencée à l'ouverture utéro-vaginale, afin de pouvoir examiner l'intérieur de l'utérus, nous montra une cavité qui s'étendait de cette ouverture à l'extrémité de la corne du côté gauche. Toute cette partie qui formait exactement la moitié de l'organe, était séparée de celle du côté opposé par une membrane charnue, s'étendant du fond de l'utérus au bord interne de l'ouverture utéro-vaginale, en sorte que la cavité gauche n'avait aucune espèce de communication avec la cavité droite. L'intérieur de la petite portion de corps présentait quelques rides transversales; au contraire, la corne en offrait de longitudinales.

A droite, une incision commencée à celle faite pendant la vie sur la tumeur, et continuée jusqu'à l'extrémité de la corne de ce côté, nous montra une disposition pareille à celle de l'autre; cette cavité droite n'avait aucune issue avec le dehors, on remarquait seulement à la partie inférieure de la membrane moyenne qui séparait les deux cavités utérines, un léger amincissement circonscrit, qui semblait indiquer la trace d'une ancienne communication de ces deux cavités.

La corne de ce côté offrait des fibres longitudinales, comme celle de l'autre côté.

Le corps présentait aussi, comme l'autre, des fibres transversales; ces fibres avaient pris un accroissement considérable, surtout vers la partie inférieure et latérale, où par leur dilatation elles formaient une énorme poche, qui n'était autre que la tumeur qui faisait saillie dans le vagin et dont la nature nous avait tant embarrassés.

L'on s'explique facilement la formation de cette tumeur. Depuis deux ans seulement cette jeune femme était réglée. La menstruation avait toujours été peu abondante; on conçoit que le sang fourni par l'*utérus* gauche, se soit écoulé au dehors puisqu'il avait une issue, mais l'*utérus* droit n'en avait point, il devait donc y avoir de ce côté, rétention de ce liquide. Ce devait être aussi naturellement la partie la plus déclive, la plus inférieure, dans laquelle il devait tendre à s'accumuler. Dans les commencemens la dilatation fut peu sensible et peu gênante, mais lorsque, par la succession des mois, les parois inférieures et latérales du corps de cet utérus se furent amincies au point d'avoir tout au plus une ligne d'épaisseur; que la tumeur fut devenue si considérable qu'elle fit une saillie énorme dans le vagin, eut rempli une partie du bassin et repoussé en haut le reste de l'utérus et tout le paquet intestinal, ce fut alors que les douleurs se manifestèrent en augmentant à chaque époque menstruelle, et que cette pauvre jeune femme se décida à réclamer les secours de l'art.

L'on s'explique aussi pourquoi, dans ce cas, le diagnostic fut si difficile ou pour mieux dire impossible à établir! C'est qu'avant tout il aurait fallu reconnaître une monstruosité, et que rien n'avait pu la démontrer pendant la vie.

Un fait intéressant qu'offre cette observation déjà si curieuse, c'est qu'elle est une confirmation de plus de la découverte de M. Serres, des lois qui président à l'organogénie, puisqu'à l'aide de ces lois on peut facilement expliquer la formation de cette monstruosité.

D'après ce célèbre physiologiste, tous les organes sont d'abord primitivement doubles, et chaque partie se développe d'une manière pour ainsi dire indépendante. C'est à ce principe du double développement des organes qu'il a donné le nom de *Loi de symétrie*, mais quelques uns de ces organes d'abord primitivement doubles, marchent à la rencontre les uns des autres, se réunissent sur le centre de l'animal, et forment ceux que l'on a nommés impairs ou uniques, parce qu'on les considérait tout formés. Ce principe de réunion des organes a reçu le nom de *Loi de conjugaison.*

Telles sont les deux grandes lois qui président à la formation des organes.

Cependant, dans le cours de la vie intrà-utérine, une cause quelconque peut arrêter leur évolution, et les forcer à rester dans l'état où ils se trouvent au moment de cet arrêt. C'est à cette cause, à cet arrêt de développement que MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire, rapportent un grand nombre de monstruosités, et que celle-ci peut être attribuée.

En effet, qu'observe-t-on en suivant la marche du développement de l'utérus dans l'embryon humain?

« Dans le commencement de la vie embryonnaire, dit M. Ollivier; les trompes utérines, l'utérus et le vagin ne constituent qu'un seul canal fendu à la partie supérieure, offrant dans tous les points la même largeur, et s'étendant depuis l'extrémité libre des trompes jusqu'à la vulve. Les trompes sont d'abord proportionnellement plus épaisses et plus longues qu'aux époques suivantes; jusqu'au troisième mois on les voit descendre en dehors des ovaires, très-obliquement de dehors en dedans, et se réunir à angle aigu par leur extrémité inférieure, à un petit corps alongé qui n'est autre chose que le rudiment de l'utérus. Les trompes ne deviennent flexueuses que du quatrième au cinquième mois. *Jusqu'à la fin du troisième mois l'utérus est bicorne*, mais ses deux moitiés latérales s'unissent à angle d'autant plus aigu, que l'embryon y est plus rapproché du moment de sa formation. C'est lorsque cet angle s'est effacé que l'organe paraît bicorne : peu à peu ces deux prolongemens disparaissent, et une cavité unique les remplace vers la fin du quatrième mois. »

Ainsi donc, en se rappelant la marche des diverses transformations que subit l'utérus pendant la vie fœtale, et les lois en vertu desquelles s'opèrent ces transformations et les appliquant au fait que je viens de décrire, il est facile de voir que les deux parties qui, *en vertu de la loi de symétrie*, forment le double utérus des embryons, avaient déjà commencé leur travail de réunion en un seul corps, et cela en vertu de cette autre loi, appelée *Loi de conjugaison*, lorsque ces deux parties se sont arrêtées dans leur évolution et ont laissé cet organe dans l'état imparfait dans lequel nous l'avons observé; et cela par une cause qu'il est difficile d'apprécier, mais qu'on pourrait pressentir devoir tenir à un état de gêne dans la circulation des artères utérines, si l'on adopte l'opinion de M. Serres, qui pense que l'absence ou l'évolution incomplète d'une partie quelconque dépendent du défaut de développement de l'artère qui doit apporter à cette partie les matériaux de sa nutrition.

On peut encore, en se servant du travail de M. Ollivier, apprécier l'époque de la vie embryonnaire à laquelle a dû avoir lieu cet arrêt de développement.

En effet, puisque jusqu'à la fin du troisième mois l'utérus est encore bicorne, que ce n'est que vers la fin du quatrième qu'il présente une cavité, et que dans le fait que je rapporte l'utérus est encore bicorne, qu'il n'offre point une seule cavité, mais bien deux cavités distinctes, on peut établir que cet arrêt dans l'évolution de l'organe a dû avoir lieu vers la fin du troisième mois de la vie intrà-utérine.

Enfin, si ce que je viens de rapporter des transformations successives de l'utérus, démontre la vérité de cette proposition de M. Serres, que dans leurs diverses transformations, les embryons des classes supérieures

répètent successivement les formes permanentes des classes inférieures, cette observation offre une nouvelle confirmation de cette même proposition pour les différens genres de la classe la plus élevée, ou des mammifères.

Tout le monde sait que l'utérus présente des différences nombreuses dans les mammifères; ainsi dans la femme et la femelle du singe, il est simple et présente un museau de tanche très-prononcé; dans les tardigrades et les édentés, il est encore simple, mais sans museau de tanche; parmi les carnassiers, la plupart des rongeurs, les pachydermes, les ruminans, les solipèdes, les amphybies et les cétacés, au contraire, le corps de l'utérus est constamment séparé en deux cornes, soit dans une partie de son étendue, soit dans toute sa longueur.

Eh bien! que trouvons-nous encore ici? point de col utérin, comme dans les tardigrades et les édentés, de plus un utérus séparé en deux cornes dans une grande partie de son étendue, et présentant un rudiment de corps, ce que l'on trouve dans l'état parfait de l'utérus des carnassiers, rongeurs, etc., preuve évidente que l'utérus de la femme passe par tous ces états intermédiaires avant d'arriver à celui de cavité unique et à col, qui constitue son état normal.

J.-A. Le Roi, de Versailles.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

DÉCEMBRE 1834. (1)

Observation d'une hernie inguinale externe réduite par une nouvelle méthode ; par Alex. Thomson, *docteur en médecine.*

Le 14 juin 1834, je fus appelé par M. E. Champanhat près du nommé J.-B. Herleman, garçon, âgé de 13 ans et quelques mois, cardeur de laine, fils d'une blanchisseuse, demeurant chez sa mère, rue de l'Ourcine, 59. Il avait une hernie qui s'était étranglée depuis 6 heures du matin. Ce garçon, vif, actif, intelligent, grand pour son âge, robuste, ayant de l'embonpoint, et les muscles bien développés, l'iris brun, les cheveux et les sourcils noirs, le teint frais, avait eu selon le rapport de sa mère une hernie depuis l'âge de trois mois, époque à laquelle elle l'observa pour la première fois, et lorsque la tumeur avait atteint la longueur de la première phalange du pouce. Durant les six premières semaines de son existence, l'enfant avait été très-irritable et très-violent, et c'est à ces dispositions que la mère a attribué la cause de la hernie. Elle fit promptement réduire la hernie, et la maintint le mieux qu'elle pût à l'aide de compresses, et d'une espèce de bandage, jusqu'à ce que l'enfant eût atteint l'âge de 5 ans. Pendant toute cette période, la tumeur s'était très-peu développée, et ne lui avait occasioné aucun accident. A cette époque, la mère amena son fils à Paris, où il a toujours demeuré depuis. A partir de ce moment on lui procura un bandage convenable, qu'il porta nuit et jour jusqu'au milieu de l'année 1831, où il le mit de côté. Le malade assure que depuis cette époque jusqu'au milieu de l'année 1832, la hernie n'est sortie que de temps à autre, seulement on remarquait un gonflement dans l'aine, mais ce gonflement était si peu considérable qu'il n'en était nullement incommodé. Mais vers l'année 1832, tandis qu'il essayait de soulever une pierre trop lourde pour ses forces, la hernie ressortit tout d'un coup, lui occasionant quelques légères douleurs. Elle était alors d'environ deux pouces de longueur, sur un pouce de diamètre antéro-postérieur.

La hernie fut réduite immédiatement, et soutenue de nouveau par un bandage plus grand garni d'une pelotte du diamètre de celles qu'on emploie pour les adultes; il le porta 6 mois, après quoi trouvant qu'il remontait sans cesse et qu'il en était incommodé, il le mit de côté pour la seconde fois. Il fut un mois sans bandage; la tumeur augmentant par degrés, et ne lui causant d'autre malaise que quelques douleurs dans les jambes. A la fin du mois, on la réduisit de nouveau, il reprit son bandage, le porta nuit et jour, et enfin l'abandonna encore, il y a un mois passé, par les raisons déjà mentionnées. Depuis ce moment la tumeur s'était accrue graduellement, mais elle ne lui avait donné aucun malaise; toutes les fonctions s'étaient parfaitement remplies. La veille du jour où je le vis, ainsi que les jours précédens, il avait été régulièrement et facilement à la selle, avait mangé vers le soir environ une demi livre de cerises avec les noyaux, et s'était amusé à lutter contre un de ses camarades pendant l'espace de 3/4 d'heure, sans avoir ressenti autre chose qu'une légère fatigue, une grande chaleur et quelque peu de mal de tête.

Le matin du 14 juin, il se leva comme de coutume à 5 heures du matin, et mangea environ une dizaine de cerises avec les noyaux, en allant à son atelier, qui est à dix minutes à peu près de sa demeure. Bientôt après avoir mangé ces cerises, il ressentit quelques douleurs, du malaise, des tranchées, et des tiraillemens dans les intestins, mais sans aucune gêne dans la tumeur. Environ une demi-heure après, il essaya d'aller à la selle, après beaucoup d'efforts il obtint une évacuation alvine abondante, qui néanmoins vint tout à la fois; pourtant, la tumeur avait augmenté de volume pendant ces efforts; elle était devenue extrêmement dure, et lorsqu'il se releva, ce fut en vain qu'il s'efforça de la réduire, en la comprimant, avec le poing fermé. La tumeur toutefois ne lui causait aucune gêne, mais les douleurs et les tortillemens de ventre augmentaient beaucoup, à tel point qu'il lui était impossible de se tenir droit. En retournant à son travail, les douleurs continuèrent, devinrent plus violentes, et furent accompagnées d'une sensation de douleur dans la tumeur et d'une sueur abondante. Il s'éten-

(1) Le cahier des Annales publié avec le tome 30e de l'Encyclographie porte par erreur la date de Janvier 1835. C'est Novembre 1834 qu'il faut lire. Nos abonnés auront vu qu'à partir de Janvier 1835 les *Annales de la médecine physiologique* cessent de paraître et seront réunies au *journal hebdomadaire*. Si un recueil, important venait à être publié en France, il occupera la place des Annales. (*Note du Réd. de l'Encycl.*)

dit sur le carreau dans l'espérance de trouver quelque soulagement, et, sur ce qu'un de ses camarades de travail, lui-même affecté d'une hernie, lui suggerait que ses souffrances pouvaient bien provenir de sa hernie, il fit de nouveaux et inutiles efforts pour la réduire, et prit enfin le parti de revenir chez lui, à pied, mais toujours dans l'impossibilité de se redresser, et souffrant tellement des douleurs générales de l'abdomen, sans douleur de la tumeur, de faiblesse et de sueurs abondantes, qu'il fut obligé de s'asseoir au moins vingt fois pendant le trajet. Il était environ 7 heures lorsqu'il arriva chez lui; il se mit au lit avec des douleurs déchirantes dans les intestins, des sueurs très-abondantes, une grande débilité et une pâleur extrême; la tumeur était dure, incompressible, non-élastique, et sans douleur. A peine était-il au lit que le malaise le lui fit quitter, et bientôt après il vomit profusément de son dîner de la veille, et des cerises qu'il avait mangées le matin. Il se remit au lit, et fut aussitôt vu par M. Champanhat et un autre médecin. Ce dernier, (remarquant une grande pâleur, des sueurs froides, un pouls extrêmement lent, petit et faible, le ventre tendu et sensible au toucher, la tumeur grosse, endurcie, tendue, non-élastique, et extrêmement sensible au toucher, quoique non-douloureuse quand on ne la touchait pas; le malade très-inquiet et très-agité, et se plaignant beaucoup des douleurs de ventre), fit plusieurs et inutiles efforts de réduction, qui causèrent beaucoup de douleurs de ventre, de violentes douleurs dans la tumeur, et arrachèrent des larmes abondantes au malade. Alors il jugea convenable d'y renoncer, et il lui ordonna un bain chaud, un lavement d'une pinte d'eau tiède, et pour boisson un peu de limonade édulcorée avec de l'oximel. Le lavement fut bientôt rendu avec une petite quantité de matière noirâtre, fétide, stercorale et assez compacte; mais les douleurs devinrent graduellement plus vives pendant le quart-d'heure qui précéda l'arrivée de son bain. Dans le bain le malade transpira beaucoup, et se sentit délivré des douleurs de l'abdomen; mais de vives douleurs dans la tumeur herniaire leur succédèrent; et après avoir été environ 25 minutes dans le bain, il s'évanouit et fut replacé dans son lit. Il y resta 5 minutes pendant lesquelles les douleurs passèrent de la tumeur à l'abdomen; et il vomit encore beaucoup d'une matière amère et liquide, mêlée de flocons glaireux, mais exempte de mauvaise odeur. Il fut mit de nouveau dans un bain chaud où il resta encore un quart-d'heure, sentant comme la première fois les douleurs passer de l'abdomen à la tumeur, qui était aussi dure et aussi irréductible que jamais, du moins pour lui. Dans ce second bain il transpira aussi beaucoup, mais il ne s'évanouit pas, et n'en sortit qu'à cause des douleurs violentes qu'il ressentait dans la tumeur; il se remit au lit souffrant extrêmement dans l'abdomen et dans la tumeur, mais pas aussi violemment qu'après le premier bain. Cinq minutes après on le replaça dans un bain chaud; il y resta environ une demi-heure, et pour cette fois se sentit soulagé dans la tumeur et dans l'abdomen; ses douleurs avaient même pour ainsi dire disparu lorsqu'il quitta le bain, il jouissait d'une grande tranquillité comparative, et obtint même un peu de sommeil. Il était en cet état lorsque j'arrivai à onze heures et demi du matin. Je le trouvai couché sur le dos, les genoux élevés, le visage empreint d'anxiété, les yeux abattus et humides, une sueur froide sur le front, la respiration courte et précipitée, le pouls petit, vibrant mais mou (92); le ventre dur sans être enflé; moins douloureux que le matin, mais pourtant très-sensible partout au toucher; la langue un peu enflée, pâteuse, empreinte des traces des dents, généralement couverte d'une couche blanche et mince; la peau presque froide; la tumeur qui existait dans l'aîne droite, s'étendant en deux directions, d'une part, parallèlement au ligament de Poupart, et chevauchant un peu en dedans et en bas sur ce ligament; de l'autre s'étendant depuis l'anneau inguinal externe, jusqu'à un pouce en avant de la racine de la verge. La portion supérieure de la tumeur augmentait progressivement d'arrière en avant et de dehors en dedans, depuis le point moyen entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et la pointe supérieure de la symphise pubienne, jusqu'à l'anneau inguinal externe, ayant à peu près un pouce et demi de longueur et chevauchant en bas sur le ligament de Poupart vers sa partie interne; la portion inférieure étant de forme ellipsoïde, ayant trois pouces de longueur, deux de largeur, un et demi de diamètre antéro-postérieur, se couchant sur l'angle supérieur et interne de la face antérieure de la cuisse, formant par son axe long un angle de 40° avec la portion supérieure de la ligne médiane, ayant son bord extérieur correspondant à une ligne qui joignait le point externe du tiers interne du bord poupartique, à un point du bord interne de la face antérieure de la cuisse, un pouce et demi au-dessous de l'épine du pubis; le point de la tumeur s'étendant cinq lignes en-deçà de la ligne médiane, tournant le dos de la verge vers le côté opposé, et s'arrêtant à un pouce et demi plus haut que l'extrémité supérieure du testicule correspondant; la tumeur elle-même dure, non-élastique, tendue, ne cédant nullement à la pression, de même couleur que la peau, égale sur la surface et à l'œil et au toucher, peu douloureuse en repos, et extrêmement douloureuse au toucher.

Il n'avait pas eu de transpiration générale, n'avait pas vomi et n'avait eu aucune nausée depuis le dernier bain, pas de hoquets, pas d'évacuation depuis le lavement. Je fis élever ses épaules et plus encore sa tête à l'aide d'oreillers; je lui laissai sa position naturelle dans le lit; les cuisses fléchies à angles droits avec le tronc et les jambes fléchies sur les cuisses; je me plaçai au côté droit du lit, et passant ma main gauche dessus le membre droit fléchi, et ma main droite entre les deux membres, je saisis de la main droite le testicule du côté droit, je le tirai en bas et obliquement vers le côté opposé, lentement, mais avec force, afin de vaincre la pression de la tumeur étendue sur la surface de l'abdomen, en tirant le dartos droit des dessus ses attaches abdominales; j'y parvins par ce

moyen, et je plaçai aussitôt l'index et le doigt du milieu de la main gauche sur le côté gauche de l'anneau extérieur, entre la surface abdominale et la tumeur, de manière à appuyer fortement la pulpe de l'index contre la tête correspondante de l'os pubis, et le pouce au-dessous du pilier externe renversé, rapprochant la partie interne des premières articulations des deux doigts, de manière à faire de l'anneau une espèce d'entonnoir immobile, et à l'empêcher d'être repoussée contre les parois de l'abdomen; et alors je plaçai les troisième et cinquième doigts de façon à rendre résistante la partie supérieure du canal inguinal. J'abandonnai alors le testicule et plaçai l'index et le doigt du milieu de la main droite contre le côté interne de la tumeur, le pouce sur le côté externe, et les faces internes des troisième et cinquième doigts contre l'extrémité inférieure de la tumeur; alors à l'aide de ma poitrine appuyée contre le genou droit, je fléchis davantage la cuisse sur le tronc, de manière à former entre les deux un angle de 45 degrés, et à faire passer le genou à travers la ligne médiane; cette position une fois fixée, et la main gauche maintenue dans la position ci-dessus indiquée, je commençai une douce pression que j'augmentai graduellement par le rapprochement simultané de tous les doigts de la main droite, sans jamais m'arrêter. Après les quatre premières minutes, une légère diminution était perceptible au toucher; au bout de quatre autres minutes, la tumeur était diminuée de moitié, et après avoir soutenu la pression quatre minutes de plus, la tumeur continua de diminuer lentement jusqu'au tiers environ de son volume primitif. Alors elle rentra tout-à-coup et en masse, sans qu'aucun gargouillement fût entendu ni senti. Durant tout ce temps, la pression fut continuellement maintenue, et la position de la main gauche ne changea jamais. Au moment où la hernie venait de rentrer, la main gauche fut posée à plat sur le trajet du canal inguinal, jusqu'à ce que le bandage fût mis en position. Le malade déclara qu'il avait très-peu souffert pendant l'opération, excepté pourtant au commencement. A l'instant où la tumeur fut rentrée, toute douleur cessa; le visage s'épanouit, les yeux redevinrent brillans, la couleur reparut sur les joues et sur les lèvres, le ventre avait perdu sa sensibilité, la respiration était plus calme et plus régulière, et quelques minutes après, le pouls n'avait pas augmenté en nombre, mais il était plus plein, moins vibrant, et devenu compressible. Je lui ordonnai de ne changer de position sous aucun prétexte, de rester parfaitement tranquille, et de boire seulement un peu d'eau d'orge. Je le revis à trois heures et demi de l'après midi : il avait le visage tranquille et même gai, les sueurs froides du front avaient disparu, la peau était d'une moiteur naturelle et d'une bonne chaleur, mais pas au-dessus de la chaleur normale : les traces des dents sur la langue n'étaient plus aussi marquées, mais la langue était encore blanche; le ventre était mou, souple, exempt de douleur, même sous la pression. Le malade avait dormi, et se sentait un grand appétit. On ne lui avait pas encore donné d'eau d'orge. Je lui ordonnai d'en boire, de faire diète, de garder sa position; et comme il n'avait pas eu d'évacuation depuis la réduction, de prendre le soir un lavement de graine de lin, si toutefois il n'allait pas à la selle avant cela. Je pense qu'il est utile de faire observer que depuis le commencement jusqu'à la fin, il ne ressentit point de frissons.

Il n'eut pas d'évacuation jusqu'au lendemain matin où il alla à la selle naturellement, après avoir passé une nuit tranquille et confortable, et il se trouva assez bien pour reprendre ses occupations ordinaires. Je le revis depuis, et le trouvai en très-bonne santé.

Observations.

La méthode que j'ai employée pour cette réduction, est fondée sur certaines indications déduites du résultat de mes recherches anatomiques.

1° Vaincre la saillie de la tumeur, sur les parois abdominales voisines de l'anneau.

2° Convertir en entonnoir l'anneau en forme de trompe.

3° Rendre cet entonnoir résistant, et empêcher ainsi les bords de l'anneau d'être renversés.

4° Empêcher que le canal inguinal ne soit dilaté en haut, dans le cas de résistance à l'anneau interne.

5° Exercer une pression continue et lentement progressive.

6° Empêcher que cette pression ne soit exercée contre les parois abdominales.

7° Relâcher la paroi antérieure du canal inguinal.

8° Relâcher les brides successives traversant la partie supérieure de la tumeur, contenue dans l'anneau inguinal;

9° Relâcher le fascia-femorali-abdominal;

10° Elargir l'anneau inguinal externe.

Premièrement. J'ai cherché à vaincre la saillie de la tumeur sur les parois abdominales, parce que l'anneau extérieur de toutes les hernies que j'ai vues ayant la forme d'une trompe, c'est-à-dire, les piliers étant évasés, aussi bien qu'une portion du fascia-pectineo oblique, il s'ensuit que la partie de cette trompe pressant la tumeur est formée de fibres postérieures aux bords libres de l'anneau; et que par conséquent la pression exercée avant que cette trompe ne soit soutenue, doit, en repoussant ses parties les plus évasées contre la face antérieure des parois du ventre, doubler ainsi la force et la résistance des fibres pressant réellement la tumeur. Ajoutez que dans ce cas les parties de la tumeur dépassant les bords de l'anneau seraient, sans ce soutien, poussées contre le tendon de l'oblique extérieur, et tendraient nécessairement à diminuer cette ouverture, en replaçant les bords tendineux de l'anneau dans leur dernière position; sans parler de la diminution inévitable du canal inguinal, causée par la pression en arrière d'une partie du pilier externe, ni de la perte de force provenant de la résistance offerte à la rentrée par la partie des parois ab-

dominales contre laquelle cette pression s'exerce.

Pour obtenir cette raideur de la trompe du col, je le soutins avec les premiers deux doigts de la main gauche placés au côté interne, tandis que la pulpe de l'index fut placée dans une position fixe sur l'os pubis, et le pouce, sous le pilier externe évasé, de manière à le remettre dans sa position naturelle. Mais avant d'obtenir cette position de la main, je fus obligé de trouver quelque moyen d'éloigner la tumeur des parois du ventre. Je réfléchis que le dartos, tandis qu'il enveloppe le testicule et la tumeur, est attaché au tendon de l'oblique externe; que les gaînes du cordon partant de l'anneau externe, des deux fascia intermusculaires, du fascia transversalis, entourent aussi la tumeur, le cordon et le testicule généralement; que, par conséquent, si le testicule était tiré fortement en bas, la tumeur s'éloignerait nécessairement des parois du ventre: c'est pourquoi je tirai en bas le testicule, parvenant ainsi à mon but qui était d'embrasser l'anneau dans mes doigts.

Deuxièmement. La forme de trompe étant constituée de plans inclinés, continus depuis la tumeur jusqu'à l'orifice interne du canal, est certainement la plus propre à faciliter le glissement en arrière des parties contenues dans le sac; et cette forme, quoique nécessairement oblitérée par la saillie des intestins sur les parois du ventre dans le voisinage de l'anneau, est rétablie en tirant sur le testicule qui est enveloppé dans la gaîne du cordon partant du bord de l'anneau, tandis qu'elle est maintenue par la position déjà mentionnée des doigts.

Troisièmement. La nécessité, aussi bien que les moyens d'accomplir la troisième indication, se montre dans les remarques déjà faites sur la première. Je dirai seulement qu'elle était plus assurée encore en plaçant les doigts et le pouce de la main gauche de manière à ce que les extrémités supérieures de leurs premières phalanges fussent presque en contact par leurs faces antérieures. Les bords de l'index et du pouce, étant tous deux fermement fixés, fournissaient aux parties qu'on cherchait à faire rentrer, un anneau résistant, sans qu'on eut à craindre d'endommager d'autres parties que le sac. De plus, la peau, le dartos et les autres enveloppes de la tumeur étant ainsi fixés à une ligne donnée par le pont formé avec les doigts et le pouce de la main gauche, ne pouvaient être déplacés en dehors du col de la tumeur de manière à laisser dépasser la saillie de la tumeur sur les doigts; de sorte que la compression employée ensuite tendait à donner à la tumeur la forme d'une poire, et facilitait ainsi la réduction.

Quatrièmement. Comme il pourrait arriver qu'il existât de la résistance à l'anneau interne, soit qu'elle provînt du col du sac, ou bien de la disposition des bandes fibreuses environnantes (tandis que l'anneau externe ne présenterait aucun obstacle à la réduction), la tumeur étant pressée pourrait diminuer extérieurement en dilatant les enveloppes du sac contenues dans le canal inguinal et en séparant les muscles l'un de l'autre, ou du fascia pectinéo-recto-transverse, de manière à être contenue en grande partie ou entièrement dans le canal inguinal. C'était pour éviter cela que j'appuyai fortement les extrémités des troisième et quatrième doigts contre les parois abdominales, le long du bord supérieur de la portion sus-poupartique de la tumeur, forçant ainsi la tumeur à rester stationnaire, ou bien à traverser le canal lui-même.

Cinquièmement. La pression continue et bien dirigée doit exercer sur la partie étranglante la même action qu'un dilatateur. Comme je n'avais trouvé aucun des anneaux, soit aponévrotiques, musculaires ou péritonéaux qui ne cédassent, du moins jusqu'à un certain point, à une dilatation modérée et continue exercée par les doigts sur le cadavre, je conclus que ces parties céderaient à une pression lentement progressive, jusqu'à ce que la dilation nécessaire à la rentrée des parties expulsées fût obtenue. Une pression brusque, en même temps qu'elle causerait plus de douleur au malade, pourrait en froissant subitement les parties contenues, donner lieu à la rupture de petits vaisseaux, à de nouveaux épanchemens dans le col péritonéal, et par conséquent à de nouvelles difficultés; tandis que la pression lentement graduée évitait ces difficultés, et que la pression continue maintenait toute dilatation acquise par la pression précédente; quelque légère qu'elle fût. Cette pression, comme on l'a vu, était exercée par les premiers deux doigts de la main droite placée au côté interne, par le pouce au côté externe, le tout arrangé de manière à approcher les côtés de la tumeur, et à former en avant d'elle un angle rentrant. La cuisse présentait un plan résistant en arrière, tandis que les deux derniers doigts de la même main, placés avec leurs faces internes contre la pointe de la tumeur, la tiraient graduellement en arrière vers l'anneau, et empêchaient la pression latérale d'être perdue en agissant contre la pointe du sac.

Sixièmement. Le pont formé à travers le col de la tumeur par ces premiers deux doigts et par le pouce de la main gauche, empêchaient que la pression ne s'appliquât contre les parois abdominales, ce qui est une précaution très-nécessaire comme on peut le voir par les observations sur la première indication. Ceci fut obtenu par la pression des doigts sur des points fixes, c'est-à-dire, sur la tête du pubis et sur la portion gimbernatique du tendon de l'oblique externe, et par le rapprochement des extrémités supérieures des premières phalanges de ces doigts, précaution qui empêchait qu'aucune partie de l'intestin ne poussât le sac lui-même au-delà du bord supérieur de l'anneau.

Septièmement. Les deux lames du fascia pectinéo-recto-transverse étant fermement attachées en bas à la crête pubique, l'une en avant, l'autre en arrière de l'insertion pubique de la bandelette ilio-pubienne du facia ilio-femorali-vasculaire, et en haut, la première au bord externe du tendon du muscle droit, la seconde, par entrelacement sur le tendon du muscle transverse, il s'en suit que quand le ventre est tendu, et que ses muscles sont mis en extension et en même temps con-

tractés, ce plan est ainsi maintenu dans un état de tension, et que par conséquent le canal inguinal ne saurait être dilaté en arrière. Il était donc nécessaire de relâcher ces muscles en mettant des oreillers sous les épaules du malade encore plus sous sa tête, ce qui devait mettre dans le relâchement le muscle sterno-cleido-mastoïdien, et les autres muscles élévateurs du thorax. Puisque ces deux lames sont fixées en bas par l'attache pubienne des fascia ilio-fémorali-vasculaire et pectineo-femorali-vasculaire, et par l'attache de ces parties aux vaisseaux fémoraux, et puisque la bandelette ilio-pubienne est elle-même maintenue en état de tension : 1° par les fibres transverses envoyées de son bord antérieure sur la face antérieure du tendon du grand oblique ; 2° par les fibres que ce bord renvoie en bas pour être entrelacées avec le bord supérieur libre du vrai fascia-lata ; 3° par ses entrelacemens avec les fibres du vrai fascia du muscle couturier, il était nécessaire de fléchir la cuisse sur le ventre autant que cela se pouvait faire sans déranger les autres opérations, manœuvre par laquelle on relâche toutes les parties aussi bien que les muscles attachés à la bandelette ilio-pubienne elle-même, et par laquelle on ôte toute résistance de la paroi postérieure du canal inguinal. Maintenant, en faisant dévier la cuisse, formant déjà angle droit avec le tronc, en deçà de la ligne médiane, on relâche le bord poupartique, on lui fait perdre toute sa tension, et on lui donne une tendance à former une ligne droite entre l'épine pubique et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. C'est pour cette raison que je choisis la position que je donnai au membre. De plus, à mesure que le ligament de Poupart se relâche, le pilier externe offre moins de résistance ou devient plus relâché, et ainsi permet la dilatation en avant de la paroi antérieure du canal inguinal. Du reste, comme les deux piliers sont déjà très-éloignés l'un de l'autre, et comme les fibres de la moitié antérieure du fascia ilio-fémorali-vasculaire traversant l'espace laissé entr'eux, ne sont plus maintenues en état de tension par le recourbement sur le bord poupartique tendu, on obtient plus de pouvoir de dilatation sur la paroi antérieure du canal inguinal par la même position du membre.

Huitièmement. On trouve toujours trois brides successives qui compriment la portion de la tumeur dans le canal inguinal du mâle. 1° le fascia pectineo-oblique ; 2° le bord inférieur du muscle petit oblique ; 3° le bord inférieur du muscle transverse. La première de ces brides est retenue par la tension du bord poupartique autour duquel elle se tourne pour arriver à son origine sur la portion gimbernatique de la crête pubique. Par conséquent, tout ce qui tend à diminuer la tension du bord poupartique, tend à allonger la portion mobile de ces fibres, et aussi à diminuer sur-le-champ la pression qu'elles exercent sur la tumeur, et à augmenter la circonférence de l'anneau inguinal externe. Les bords inférieurs des deux muscles qui brident la partie supérieure de la tumeur contenue dans le canal inguinal étant tous les deux fixés, en-dehors, à la bandelette ilio-pubienne du fascia-ilio-femorali-vasculaire, et en dedans, à la portion gimbernatique de la crête pubique, et cette dernière portion étant retenue dans une position horizontale à sa partie inférieure par la tension de cette bandelette, son relâchement tend à diminuer la pression causée par les bords inférieurs de ces muscles. Mais rien ne relâche autant cette bride comme de fléchir fortement la cuisse et de la diriger en travers de la ligne blanche. J'avais donc de nombreuses raisons pour choisir cette position du membre.

Neuvièmement. On a déjà vu dans les observations sur la dernière indication, que la position choisie pour la cuisse, en relâchant le bord poupartique, tend à augmenter la longueur de cette portion du fascia pectinéo oblique, qui fait le bord libre de l'anneau externe. Il est aussi de fait que la même position du membre fait approcher le plus possible les deux extrémités du fascia femorali abdominal et par conséquent relâche dans la plus grande étendue possible le bord externe de ce fascia, qui, dans la position naturelle de la jambe, couvre le tiers interne et inférieur de l'anneau, et bride toujours la tumeur de telle façon qu'il en empêche le col de passer en dedans sous la portion extérieure du pilier interne.

Dixièmement. Il est aussi manifeste pour tous ceux qui ont examiné beaucoup de hernies obliques, que le bord interne de l'anneau interne présente une marge émoussée, mais mince et résistante : maintenant, puisque ce bord est formé de fibres provenant du bord supérieur de la portion ilio-pubique du fascia ilio-femorali-vasculaire tournées en haut et fixées par entrelacement au tendon du muscle transverse, il est évident que le bord inférieur de l'anneau étant tiré en bas par la hernie, doit nécessairement tendre à déprimer cette partie du tendon du muscle transverse à laquelle il s'attache, et à faire prendre à ces fibres, placées au côté interne de l'anneau, une condition se rapprochant d'une ligne droite qui presserait sur la tumeur : il sera aussi manifeste, en y réfléchissant, que la position choisie dans ce cas pour le tronc et les membres tendra, en relâchant les muscles abdominaux et le fascia ilio-fémorali-vasculaire, à détendre par l'approximation de ses deux extrémités le pilier interne de l'anneau interne, et ainsi, à laisser dilater l'anneau interne sous la pression.

Telles sont les considérations qui ont déterminé les moyens que j'ai employés dans ce cas de réduction de hernie étranglée, le premier qui se soit présenté à moi depuis mes dernières recherches. Elles sont basées sur mes notions d'anatomie de ces parties : il reste à savoir si les mêmes principes seraient applicables dans d'autres cas de hernies inguinales obliques.

—

Heureux effets d'une atmosphère froide dans le traitement de la fièvre jaune ; par L. Labat, docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte.

La fièvre jaune ne se déclare jamais dans les pays froids.

Il est certaines combinaisons de l'esprit humain que l'on trouve d'abord singulières, fantasques, parfois même ridicules, et qui, après un mûr examen, finissent par se produire sous un point de vue d'utilité réelle, qu'on ne saurait plus contester. Tel sera probablement le sort du plan de thérapeutique que je viens proposer aujourd'hui, pour traiter la fièvre jaune.

Tous les esprits rationnels paraissent s'accorder maintenant sur la nature inflammatoire de cette terrible maladie, et sur son siége spécial, qui est évidemment dans les organes digestifs : en un mot, la presque totalité des médecins qui ont eu occasion de voir et d'étudier la fièvre jaune, la considèrent comme le proto-type d'une *gastro-entérite* sur aiguë, causée et entretenue par une atmosphère brûlante, plus ou moins miasmatique, telle enfin qu'on l'observe sur le littoral des Antilles, à certaines époques de l'année.

Cette grave phlegmasie des organes digestifs, s'étendant d'ordinaire avec une effrayante rapidité du duodénum au foie, et des divers points de la muqueuse gastro-intestinale, aux reins et aux centres nerveux, il en résulte des désordres graves, qui, le plus souvent, deviennent mortels, si le médecin ne parvient à faire avorter, ou, du moins, à modérer le développement formidable de ce fléau *inter-tropical.*

Mais laissons de côté l'historique de la fièvre jaune, si bien décrite par un grand nombre d'auteurs (1), et arrivons au plus tôt à son traitement, qui, jusqu'à ce jour, a été si souvent impuissant, malgré l'utile application que l'on a pu faires des principes de la médecine physiologique. Son mode thérapeutique étant de beaucoup préférable à ceux qu'on avait précédemment mis en usage, il ne faut pas la rendre responsable de quelques insuccès, car dans la plupart des cas on ne peut les attribuer, vu l'influence de la chaleur atmosphérique, qu'à l'impossibilité où est l'agent thérapeutique, de modifier assez rapidement ou assez profondément les organes envahis par la maladie pour mieux dire, le mode thérapeutique que je viens développer en ce moment, ne doit être considéré que comme le complément, ou comme l'adjuvant le plus puissant du traitement antiphlogistique, appliqué à la fièvre jaune.

Je m'explique :

La gastro-entérite dont il est ici question, n'est souvent rebelle à l'action des agens thérapeutiques les mieux dirigés, que par la seule raison qu'elle est incessamment sur-excitée par l'atmosphère brûlante et miasmatique qui lui a donné naissance : or, soustraire le malade à l'influence de ces deux causes morbides, et surtout à la première, c'est le placer dans les conditions les plus favorables à une heureuse terminaison, et pour ainsi dire, réduire la fièvre jaune à une gastro-entérite simple, qui tend à se dépouiller de toutes les graves complications qui constituent sa spécialité morbide.

Convaincu, depuis long-temps, des grands avantages que l'on pouvait retirer d'une atmosphère froide dans le traitement des diverses affections, causées ou entretenues par une vive chaleur, voici comment j'eus occasion d'en faire l'heureuse application dans un cas de fièvre jaune, qui paraissait tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art.

Dans le courant du mois de mai 1819. M. A. Bompar, commandant le brick l'Hérault, dont j'étais chirurgien-major, fut subitement atteint de la fièvre jaune, peu de jours après que nous eûmes quitté Saint-Pierre-de-la-Martinique, pour retourner en Europe. Justement alarmés sur le compte de notre capitaine, puisque dans l'espace de deux mois de séjour aux Antilles, la fièvre jaune avait enlevé les deux tiers de notre équipage, je mis en usage les moyens les plus énergiques pour arrêter, ou du moins pour diminuer l'intensité du mal ; mais tous mes efforts furent infructueux : l'état du malade empirait à vue d'œil.

Dès le second jour de l'invasion ; la maladie atteignit presque son apogée. Le mal avait débuté par une céphalalgie sus-orbitaire des plus violentes, qui ne laissait pas un seul instant de repos au malade ; la peau était aride, d'un jaune brun, légèrement marbré vers le thorax ; le pouls dur et fréquent ; l'épigastre douloureux et chaud ; la conjonctive jaunâtre ; la langue rouge à la pointe et sur les bords ; enfin, des vomissemens brunâtres, des selles de la même couleur, la suppression des urines, accompagnée de douleurs lombaires, et de temps à autre des accès de délire semblaient nous ôter toute possibilité de guérison. En désespoir de cause, et bien convaincu que le mal serait au-dessus des ressources de l'art, tant que nous serions sous l'influence d'une forte chaleur, je priai le commandant en second de diriger le navire à toute voile vers le Nord, afin d'obtenir, par ce changement de température, une amélioration dans l'état affreux du capitaine. En effet, un vent favorable nous ayant promptement amené sur le banc de Terre-Neuve, la transition progressive de température que nous éprouvâmes fut si favorable pour notre malade, que sa fièvre jaune, parvenue au sixième jour, loin d'avoir acquis plus d'intensité, fut réduite aux symptômes les plus ordinaires d'une *gastro-entérite*, dépouillée de toute complication. Dès-lors, le calme se rétablit, la phlegmasie des organes digestifs diminua à vue d'œil, et la convalescence ne tarda point à s'établir.

Malgré toutes les précautions de régime et les soins les plus attentifs, le capitaine resta faible pendant toute la traversée, qui fut de soixante-dix jours : ce ne

(1) Nous citerons entre autres MM. Devèze, Valentin, Lefort, Dariste, Chervin, et notre honorable confrère et ami. M. le docteur Frédéric Thomas, qui a publié dernièrement une excellente monographie de cette maladie.

fut qu'après son arrivée en France, qu'il reprit toutes ses forces.

Voici encore deux faits qui viennent à l'appui de l'observation précédente:

Par suite d'études trop prolongées, je fus atteint, dans le courant de l'été 1821, d'un mouvement fébrile très-chaud, que j'éprouvais régulièrement toutes les après-midi. Ne pouvant me résoudre à suspendre complètement mes travaux scientifiques, ainsi que semblait l'exiger la fièvre quotidienne dont j'étais atteint, je pris la détermination de passer la plus grande partie de mes journées dans une cave, que je convertis en cabinet de travail. Le premier jour, la fièvre fut moins marquée, le lendemain ce ne fut qu'une légère chaleur cutanée, le surlendemain je n'en éprouvai plus le moindre vestige. Pour mieux consolider ma guérison, je me soumis à un régime adoucissant; je pris quelques bains, et fus complètement débarrassé de cette *importunité fébrile.*

Durant mon séjour dans la Provence, en août 1824, ayant été appelé à donner des soins à une jeune fille, atteinte d'une *gastro-entérite*, désignée par le médecin de la famille sous le nom de *fièvre inflammatoire*, de *causus ardens*, etc., l'intensité de la fièvre et la chaleur brûlante de la peau n'ayant pas cédé au traitement anti-phlogistique (saignée au bras, sangsues à l'épigastre, limonade et bains), je proposai aux parens de faire dresser un lit dans une cave, et d'y transférer au plus tôt la malade, ce qui ayant été exécuté, malgré le peu de confiance que ce moyen paraissait inspirer aux assistans, la fièvre diminua comme par enchantement. L'air froid que respirait la malade seconda si bien l'action des autres moyens anti-phlogistiques, que la guérison fut complète au bout de quelques jours.

D'après les faits que je viens d'exposer, ne semble-t-il pas qu'on pourrait, dans tous les cas de fièvre jaune, modifier avantageusement la marche de cette terrible maladie, en transférant ceux qui en sont atteints dans des caves aussi fraîches que possible, sortes d'infirmeries souterraines, où la fraîcheur de l'atmosphère et l'absence de la lumière solaire diminueraient inévitablement l'intensité du mal? ce serait transporter inopinément les malades dans un climat tempéré, où ne se trouveraient plus les conditions indispensables au développement de la fièvre jaune; ce cruel fléau de l'Amérique pourrait donc être ramené par un moyen si simple, dans des conditions qui le rendraient tout aussi facilement curable que le sont les *gastro-entérites* que nous observons en Europe.

Le sujet que je viens d'esquisser, est d'une assez haute importance pour fixer l'attention des médecins américains. Convaincu de l'utilité qu'on pourrait retirer de l'application de ce principe, surtout dans les hôpitaux civils et militaires de nos possessions américaines, je prépare, pour être présenté au ministère de la marine, un mémoire détaillé où je fais ressortir combien il serait important (dans le cas où de nouvelles expériences prouveraient en faveur du mode thérapeutique que je propose d'adjoindre à chacun de ces hospices une infirmerie souterraine bien aérée, parfaitement disposée pour y recevoir les malades atteints de fièvre jaune, qui s'y trouveraient dans les conditions les plus avantageuses pour leur prompte guérison (1).

Observations tendant à démontrer les bons effets thérapeutiques de la syncope; par L. Labat, D.-M.

M. E. L***, homme de lettres, âgé de 38 ans, doué d'une constitution vigoureuse et d'un tempérament sanguin, fut pris, ces jours derniers, d'une *céphalée* affreuse, accompagnée de tous les signes les plus évidens d'une forte congestion cérébrale: vertiges, obscurcissement de la vue, chute des paupières, principalement de la gauche, tintemens d'oreilles, aberration des facultés mentales, déviation en haut des globes oculaires, le pouls variable, les extrémités froides, etc., tels étaient les symptômes alarmans que présentait le malade lorsque je fus appelé pour lui donner des soins. Deux fortes saignées au bras à une heure d'intervalle, des sangsues à l'anus, des sinapismes aux pieds, des réfrigérans sur la tête et des demi-lavemens purgatifs n'ayant pu suspendre la *céphalée* ni arrêter complètement la congestion cérébrale, je me décidai aussitôt à provoquer la syncope, moyen héroïque que j'ai souvent employé avec succès dans les cas de cette nature. Je n'eus besoin, pour obtenir ce résultat, que de faire prendre au malade un pédiluve chaud, et de l'y soutenir debout durant quelques instans. En effet, la syncope ne tarda pas à se manifester; je la prolongeai à dessein pendant une minute environ, afin que le dégorgement cérébral eût le temps de s'opérer; après quoi, le malade ayant été replacé dans son lit, où il reprit aussitôt ses sens, la céphalée et la congestion cérébrale furent guéris comme par enchantement. Le lendemain, le malade était sur pied, il demandait à manger et ne songeait déjà plus à l'accident de la veille, qu'il ne se rappelait d'ailleurs qu'imparfaitement.

A l'occasion de ce fait, je vais en rapporter quelques autres non moins intéressans, qui rentrent dans la même catégorie.

L'année dernière, M. Fournier, intendant de madame la comtesse de Chénevix, éprouva durant la nuit des

---

(1) Il est probable que durant mon séjour aux Antilles, année 1819, époque où la fièvre jaune fit d'affreux ravages, surtout à la Martinique, il est probable, dis-je, que je ne parvins à me soustraire à ce redoutable fléau, que par la seule raison qu'après avoir terminé mon service j'allais toutes les après-midi lire dans une grotte très-fraîche, peu distante du lieu où notre navire avait jeté l'ancre. Quand je sortais de ce lieu, où j'avais respiré un air pur et frais, je me sentais corroboré et mieux disposé à braver l'épidémie.

douleurs de tête qui furent les signes avant-coureurs d'une forte congestion cérébrale, qui fort heureusement donna lieu à un saignement du nez très-abondant. Appelé auprès du malade afin d'arrêter cette hémorrhagie qui, en peu de temps, avait causé une perte énorme de sang, je n'osai point, vu l'extrême faiblesse du malade, combattre l'épistaxis par une saignée au bras, et encore moins tamponner les ouvertures nasales, ce qui, vu la constitution éminemment apoplectique du malade, aurait pu ramener la congestion cérébrale. Je me décidai alors à provoquer la syncope, dont les heureux résultats furent immédiats. Malgré l'inquiétude et l'effroi même que la syncope inspirait aux parens, je la prolongeai le temps nécessaire pour rompre complètement le mouvement congestionnaire vers la tête, et pour laisser former un caillot de sang dans les fosses nasales. Après cette manœuvre, aussi simple que peu dangereuse, M. Fournier se trouva en voie de guérison, et put le surlendemain reprendre le cours de ses occupations.

Un jeune ouvrier d'Aix, âgé de dix-huit ans, doué d'une forte constitution, fut atteint d'une gastro-céphalite typhoïde qui, durant la période ataxique, fut accompagnée d'une épistaxis très-considérable. Satisfait de cette évacuation critique qui améliorait à vue d'œil la position du malade, je me gardai bien d'y apporter le moindre obstacle; néanmoins, l'hémorrhagie continuant toujours avec la même intensité, et le pouls du malade ayant faibli d'une manière effrayante, j'eus recours au bénéfice de la syncope qui, dans cette circonstance comme dans les précédentes, non-seulement suspendit l'hémorrhagie, mais encore contribua puissamment à la prompte guérison de la maladie dont elle n'était qu'un symptôme.

Une nouvelle mariée, âgée de vingt-un ans, eut le malheur de se blesser au troisième mois de sa grossesse; une métrorrhagie très-intense s'étant déclarée pendant la nuit, et toutes les ressources de l'art, généralement employées dans ces circonstances, ayant été insuffisantes, la syncope fut encore ici employée avec le plus grand succès.

Un jeune homme de mes amis, M. T***, fut atteint d'excroissances vénériennes autour du prépuce, qui était fortement enflammé et très-douloureux. Le malade, qui était d'un caractère pusillanime, s'étant constamment refusé à se laisser exciser ces tumeurs vénériennes, quoiqu'il sentit l'utilité de l'opération, je saisis un prétexte spécieux pour lui pratiquer une saignée que je poussai jusqu'à la syncope, et profitant de ce moment favorable j'excisai les tumeurs en question sans lui faire éprouver la moindre douleur. Le malade, ayant repris ses sens, fut fort agréablement surpris de se trouver débarrassé de tous ses appendices syphilitiques. Il est presque inutile d'ajouter que, grâce à la saignée et au dégorgement local causé par l'excision des excroissances, le reste de la maladie n'en guérit qu'avec plus de rapidité.

Mlle G*** éprouva, en 1826, une ophthalmie qui, n'ayant pas été traitée d'une manière convenable, se convertit en *chémosis*, si violent et accompagné d'un tel bourrelet de la conjonctive, que tout espoir de conserver la vue paraissait à jamais perdu. Sur ces entrefaites, ayant été appelé pour lui donner mes soins, je pratiquai une large saignée au bras, en faisant maintenir la malade debout, afin d'obtenir la syncope et de pouvoir la prolonger à volonté. Ce qu'ayant obtenu, ainsi que j'en avais eu l'intention, je vis aussitôt pâlir les yeux, leur dégorgement s'opérer à vue d'œil et la cornée reprendre un peu de lucidité. Je profitai du moment de la syncope pour exciser quelques replis de la conjonctive, qui était très-relâchée, et je fis ensuite des lavages à l'eau fraîche. La malade ayant repris ses sens, se trouva débarrassée des cruelles douleurs qu'elle ressentait auparavant, et, à dater de ce moment, son mal guérit comme une simple ophthalmie.

Je pourrais rapporter encore un plus grand nombre d'observations sur ce point important de médecine pratique; mais comme ce ne serait qu'une répétition de faits à peu près analogues, je laisse au lecteur le soin de tirer de ceux que j'ai mentionnés les conséquences thérapeutiques qui me paraissent ressortir évidemment de l'utile emploi que l'on peut faire de la syncope.

Incontinence d'urine compliquée de phymosis, guérie par l'opération de la circoncision. Observation rapportée par Leguillou, *d.-m.*

Le Sène, natif de Paris, âgé de 15 ans, mousse à bord du brick le Cuirassier, était affecté, depuis son enfance, d'incontinence d'urine qui l'incommodait beaucoup; cette maladie, qui se dissipe d'elle-même ordinairement à l'époque de la deuxième dentition, ou, du moins, vers l'âge de 13 à 14 ans, avait résisté chez lui à l'emploi des traitemens les plus rationels, pendant qu'il était dans sa famille; mais, à cette époque, en outre de la gêne que lui causait son infirmité, à bord elle devenait une cause de châtiment et de désagrément de toute espèce; son amour-propre, et il en avait beaucoup, en était souvent froissé; personne ne voulait de lui (1), à cause de l'odeur repoussante qu'il exhalait; quoiqu'il fût très-actif et très-intelligent, ce fut avec regret que nous fûmes obligés de lui interdire le *carré* (2), où nous étions fort satisfaits de ses services. Jusqu'alors, je l'avais d'autant plus volontiers abandonné au traitement des *quartiers-maîtres* (3), qu'il m'avait dit n'avoir tiré aucune amélioration des *toniques*, des *bains froids* et autres moyens qu'on avait employés à Paris. Ainsi, le soir on le baignait *en jésus*

(1) A bord on se sert des mousses comme domestiques, ou pour aider les domestiques.

(2) Chambre commune des officiers.

(3) Officiers mariniers. Grade correspondant à caporal. Ils sont chargés quelquefois de montrer aux mousses leur conduite à bord, et je n'ai pas besoin de dire les voies de douceur qu'ils emploient.

dans un baquet d'eau froide ; la nuit on l'éveillait plusieurs fois ; aux changemens de quart et de temps à autre, on lui administrait le *fouet*. On lui avait donné plus de linge qu'aux autres, à cause de son infirmité et des soins de propreté que j'avais prescrit ; en peu de temps il fut entièrement fourni ainsi que son hamac. Alors, après l'avoir remis à l'usage des toniques et du vin, à la diète de toute boisson le soir, et à des soins de propreté très-sévères, et à l'emploi des constrictions à crémailler, voyant que l'énurésie nocturne continuait, je me décidai à tenter l'application d'un vésicatoire au périnée. Je fis venir le malade à la visite du matin, et je remarquai alors que sa chemise, blanche du jour même, était imbibée d'urine ; voici pourquoi : il était affecté de phymosis : ce qui était cause que le prépuce, long et étroit, formait poche pendant l'émission des urines ; celles-ci s'y amassaient et coulaient ensuite goutte à goutte dans la chemise ; ce qui, joint à la petite quantité qui devait en rester sous le prépuce et s'y altérer, rendait l'extrémité de la verge le siége d'une irritation continuelle. Je me rappelai alors la vive sympathie qui existe entre *le gland* et *la vessie* : l'un ne souffre pas sans l'autre ; alors, pensant que cette irritation du bout de la verge excitait des contractions de la musculeuse vésicale, que le *sphincter* ne pouvait plus contre-balancer dans l'état de sommeil, je rejetai le vésicatoire, et je proposai la circoncision.

Lesène, qui est très-pusillanime, n'ayant pas voulu s'y soumettre, je lui dis que je voulais bien différer l'opération de *huit jours ;* mais que si, pendant cet intervalle, il urinait au lit encore une seule fois, je le ferais châtier sévèrement. Toutefois, je ferai observer qu'en le menaçant de la sorte, je n'avais d'autre intention que de m'assurer si la crainte des châtimens très sévères ne produirait pas ce que l'amour-propre, même le plus développé, n'avait pu opérer. L'épreuve fut sans résultat ; je me décidai alors à l'opération, bien convaincu d'ailleurs que sous peu l'âge de la puberté l'aurait rendue indispensable.

Tout étant convenablement disposé, j'y procédai de la manière suivante :

Mon aide, M. Mousseau ayant fixé d'une main la peau du pubis (1) et de l'autre ayant pincé le prépuce au-delà du gland, je saisis l'extrémité du prépuce avec l'index et le pouce d'une main, et je l'emportai d'un seul coup de bistouri. Malgré les précautions que j'avais prises, j'eus un trop grand lambeau de muqueuse, je le fendis, et la membrane se déjeta en dehors dans une disposition très-favorable. J'introduisis ensuite une sonde dans la vessie ; je lavai l'extrémité du gland, je maintins la muqueuse renversée et rapprochée de la peau par quelques bandelettes agglutinatives, un plumasseau de charpie, une croix de Malthe et une bandelette de linge complétèrent l'appareil. Je fixai la sonde par quelques fils à un bandage de corps qui entourait le bassin, et je la surmontai d'une autre sonde très flexible, qui emboîtait son extrémité à frottement : j'entourai leur point d'union d'une bandelette de diachylum : ainsi, le malade pouvait uriner volontairement ou involontairement, sans que je craignisse de voir humecter son appareil. Je recommandai le décubitus sur le dos, je supprimai les boissons ; l'opéré étanchait sa soif avec des tranches d'orange.

Au bout de vingt-quatre heures, mon ajustage *de sondes* se dérangea, et je ne le remis plus. Pensant que désormais il n'y aurait plus d'émission d'urine involontaire ; je recommandai au malade de grandes précautions pour ne pas mouiller son appareil en urinant ; les pansemens furent renouvelés en temps opportun, et, au bout de huit jours, Le Sène fut parfaitement guéri de la plaie et de l'incontinence ; je le rendis aux travaux du bord, en lui recommandant la propreté. Depuis lors il n'a plus uriné au lit (1).

(2) Cette précaution est indispensable, parce que si l'on la négligeait, on s'exposerait à n'exciser que l'enveloppe tégumentaire sans retrancher la portion rétrécie de la muqueuse qui forme le plan interne du prépuce.

(1) (*Note du rédacteur.*) La singulière circonstance qui conduisit M. le docteur Leguillon à pratiquer la circoncision pour remédier à une *énurésie nocturne*, m'engage à citer une opération à peu près analogue, dont les résultats furent bien plus importans. Voici le fait : Un de mes amis, M. R*** marié depuis plusieurs années, se voyait condamné à une sorte de stérilité, par le seul motif que toujours il éjaculait avant que le pénis fut parvenu dans le vagin. Un examen attentif m'ayant convaincu que l'orgasme vénérien qui donnait lieu à cette éjaculation prématurée provenait d'un *pseudo-phymosis* congénial, par suite duquel le gland, presque toujours couvert, se trouvait doué d'une sensibilité trop vive, je proposai la circoncision orientale, qui, pratiquée avec succès, laissa le gland à découvert, ce qui, par la suite, le rendit moins chatouilleux et permit M. R*** de procéder à la copulation dans des circonstances plus favorables. Il est aujourd'hui père de deux enfans. L. LABAT.

Nécessité d'une théorie dans l'exercice de la médecine pratique, par F.-J.-V. BROUSSAIS.

(DEUXIÈME ET DERNIER ARTICLE.)

Dans un premier article inséré dans le cahier d'octobre dernier, nous avons essayé de prouver la nécessité d'une théorie, pour servir de guide au médecin dans la pratique. Ce sujet est si fécond, que nous ne sommes embarrassés que du choix dans les exemples qu'on peut citer. Nous allons cependant fixer l'attention de nos lecteurs sur quelques-unes des maladies les plus importantes.

Que les partisans de l'empirisme exclusif osent nous nier la nécessité de rectifier la théorie sur la question de la syphilis, nous leur répondrons en mettant sous leurs yeux tous les ravages produits par le mercure dans le traitement de cette maladie, avant qu'on eût eu l'i-

dée de la méthode dite par extinction. La perte des dents, et quelquefois des mâchoires, un délabrement général de la santé, qui souvent durait autant que la vie, furent long-temps les tristes suites de la salivation mercurielle, et les praticiens tenaient à la prolonger long-temps, parce qu'ils se figuraient que les molécules du virus, entraînées par celles du mercure, se combinaient mieux avec la salive qu'avec les autres humeurs, et qu'il fallait un certain nombre de jours pour en délivrer l'économie.

Lorsqu'à cette théorie on eut substitué celle de l'élimination insensible du virus dans la méthode dite par extinction, on crut également devoir la prolonger assez long-temps, et si l'estomac en souffrait et développait quelques sympathies morbides, comme la boulimie, l'inappétence, des douleurs dans l'appareil locomoteur, une légère fièvre, ces symptômes étaient regardés comme la preuve bien précieuse que le remède *agissait*, et l'on n'en persistait pas moins à poursuivre l'emploi des frictions mercurielles ou du sublimé corrosif, jusqu'à ce que le temps jugé nécessaire pour la neutralisation du virus fut écoulé, car on avait substitué la théorie de la durée de la modification neutralisante, à la théorie de la quantité du métal nécessaire à l'expulsion du virus. Au surplus, point de données précises sur les limites de ce temps. Comment aurait-on pu en avoir, lorsqu'on n'en possédait même pas sur l'existence du virus?

Quoique incomparablement moins nuisible que celle d'un virus à évacuer avec des flots de salive, la théorie d'un virus à neutraliser et à éliminer insensiblement avait encore de graves inconvéniens. Les personnes sensibles, irritables, enclines aux phlegmasies viscérales, en étaient toujours les victimes. On eut alors l'idée de nier l'existence du virus, ou du moins de se comporter, dans le traitement de cette maladie, comme s'il n'y avait que des inflammations à combattre; et cette nouvelle théorie, mère de la pratique actuelle pour tous les bons esprits, est un bienfait inestimable pour l'humanité. Nous avions cru devoir la formuler de la manière suivante dès l'année 1821.

« Nous ne devons voir dans cette maladie qu'une série de phénomènes d'irritation, mais nous ne devons pas plus suivre l'agent qui les produit dans l'intérieur du corps, que ceux qui développent les symptômes de la variole, de la rougeole, de la peste, etc. Ainsi le médecin physiologiste doit se borner à étudier les formes et les degrés de ces phénomènes dans les différentes parties du corps, et à connaître les modifications qu'il faut leur opposer (1). »

En effet, nous ne concevons point l'aveugle empirisme des médecins qui, sur le seul fondement que la cause d'une maladie est inconnue, séparent cette maladie de celles qui dépendent de causes appréciables, et n'ont aucun égard aux modifications que cette cause, quelle qu'elle soit, fait éprouver aux fonctions. C'est évidemment renoncer à se servir des faits bien connus. pour se guider dans la recherche de ceux qui le sont moins. N'est-il pas évident que dans le traitement de la variole, de la rougeole, du choléra, nous nous guidrons sur la similitude des symptômes inflammatoires et nerveux de ces maladies, avec celles dont les causes frappent tous nos sens; que nous agissons ainsi en faisant abstraction de la cause inaccessible à ces mêmes sens, et que les résultats justifient cette conduite? Ce n'est pas assez, dira-t-on, il nous faudrait l'idée claire et précise de la cause, pour que la nature du mal nous fût entièrement connue Nous en convenons; mais nous n'avouons pas que cette notion de la cause extérieure doive nous conduire toujours à des méthodes plus efficaces que celles que nous suivons. Nous connaissons les poisons gazeux, qui produisent plusieurs typhus, et nous n'en sommes pas moins réduits à les traiter par les méthodes antiphlogistiques et révulsives. Lorsque nous avons évacué ou neutralisé un poison, nous rentrons également dans la méthode antiphlogistique, sédative et révulsive, et rien ne fait présumer que nous puissions jamais en sortir.

Pourquoi donc ne bornerions-nous pas notre ambition, dans la syphilis, à combattre l'irritation dans les différens tissus où elle se fait apercevoir, et à choisir, pour cet objet, les modificateurs qui réussissent le mieux? S'il est prouvé que nous ne pouvons suivre de l'œil un virus vénérien dans l'intérieur de nos tissus et de nos fluides; si le mercure n'est point son neutralisant nécessaire; s'il exaspère toujours dans le commencement, et souvent dans les périodes avancées, la maladie dite syphilis; s'il n'est qu'un perturbateur applicable à certains cas, et qui n'est vraiment utile que lorsque le traitement antiphlogistique a été épuisé, pourquoi n'en conviendrions-nous pas? et pourquoi ne nous attacherions-nous pas à signaler par des caractères positifs les cas où son usage est rationnellement indiqué?

Mais où donc est la théorie de cette maladie? nous dira quelqu'un. Elle est précisément, comme nous l'avons fait voir pour la variole et pour plusieurs autres affections, elle est, nous le répétons, dans la physiologie éclairée par l'action des modificateurs de notre organisme. Il est de fait que toute irritation inflammatoire et subinflammatoire locale, quelle que soit sa cause, tend à se répéter à peu près dans le mode et dans le degré où elle s'est manifestée, si l'art ne réussit à en arrêter les progrès. Ce fait, commun à une foule de cas en apparence très-divers, peut se généraliser, et devient un axiome de médecine, une véritable théorie qui nous éclaire sur les indications, et nous dispense des suppositions gratuites. Qui nous empêche d'en faire l'application à la syphilis, comme nous l'avons faite, malgré nous, à des maladies aiguës, et à quelques subaiguës ou chroniques beaucoup plus inflammatoires que la syphilis? Par cette méthode, nous éviterons les erreurs dans lesquelles nos pères sont tombés, et les désastres dont la société a été la victime, par suite de leur longue opiniâtreté et du respect des classiques.

(1) Examen, etc. de 1821, t. II, p. 569.

Passons à une maladie plus commune : c'est le scrofule dont il s'agit. Cette maladie se forme sous l'influence de causes évidemment débilitantes. Eh bien! la théorie partant de ce fait, en conclut que la médication stimulante est seule et constamment appropriée à la nature de ce mal. Tous les malheurs, tous les désastres qui découlent depuis tant de siècles de cette absurde conclusion, n'ont pas encore désabusé les médecins. Une impulsion routinière reçue d'abord, et puis dégénérée en un instinct grossier, les porte à stimuler sans pitié, et malgré les plus fâcheux résultats, tous les malheureux qui sont soupçonnés de scrofule. Depuis vingt ans nous élevons la voix contre ce coupable entêtement, et nos soins sont perdus, au moins pour la multitude de ceux qui pratiquent l'art de guérir. Notre voix n'a été entendue que d'un petit nombre. Nous avons dit et répété que, quoique le froid, l'humitité la défaut de lumière, la mauvaise nourriture, fussent des causes débilitantes, et que la nutrition fût languissante dans certains tissus des scrofuleux, il n'en résultait pas que l'irritabilité ne fût souvent exaltée dans certains organes, qu'il fallait les ménager, et que les stimulans appliqués à ces tissus surirritables et surirrités, devenaient débilitans au lieu d'être fortifians pour l'économie. Nous avons même prouvé qu'il fallait, dans bien des cas, appliquer directement les antiphlogistiques à ces tissus enflammés, et que les toniques ne fortifiaient la constitution que lorsqu'on les fait agir sur des organes qui pouvaient supporter leur action.

Vaines clameurs! les mulets de la pratique ont continué de porter leur bât dans la même ornière qu'autrefois. Quiconque paraît atteint et convaincu de scrofule, doit être abreuvé de boissons amères, alcooliques, alcalines, nourri de viandes noires, et incendié par les vins les plus généreux.

Toutefois, je trouve dans un journal de médecine qu'un praticien s'est aperçu des effets dangereux des stimulans dans certaines affections scrofuleuses, et qu'il a fait céder par les adoucissans, plusieurs cas de ce genre qui s'étaient exaspérés par les irritans. Il est vraiment bien temps, en 1833 et 1835, de faire cette découverte, et de l'annoncer pompeusement au monde savant, lorsque depuis 1814 nous la proclamons sur les toits!

Nous sommes loin toutefois d'en éprouver quelque déplaisir; s'il n'y a pas là justice rendue aux personnes, il y a au moins tribut payé à l'humanité souffrante. On jouit de découvrir un homme qui ouvre les yeux, au milieu de cette foule d'aveugles qui vont bâtonnant la nature en reconfortant sans cesse la maladie. Eh bien! bornons-nous donc, dans cette occasion, à former un vœu : c'est que le praticien qui a osé publier les mauvais effets des stimulans mal appliqués dans les maladies scrofuleuses, comprenne un jour la théorie que nous avons enseignée, et qu'il en fasse l'application, dût-il se taire à jamais sur ceux auxquels il la doit.

La théorie pèche encore sur quelques maladies de l'encéphale : on veut des explications particulières pour les ramollissemens *partiels* de la pulpe cérébrale chez les sujets vieux et débiles. De ce que le corps est faible, on conclut que c'est par une faiblesse localisée que les corps striés ou les couches optiques se ramollissent, et l'inflammation n'a rien à faire là. De là la recommandation des stimulans, qui pourtant n'ont jamais produit une guérison bien constatée. Quoi donc! est-ce que la débilité ne favorise pas toutes les concentrations irritatives? Faut-il donc retomber dans la dichotomie brownienne, et juger du caractère sthénique ou asthénique d'une affection locale, au moyen de l'échelle de Brown, c'est-à-dire en supposant un juste milieu de forces vitales au-dessous duquel toutes les affections de nos organes n'exigeraient que des stimulans? Il faut bien que ce soit cette absurde théorie qui guide certains praticiens dans le traitement des scrofules et des ramollissemens en question. Mais n'y a-t-il pas dans l'expérience une méthode antiphlogistique, révulsive et même fortifiante, sans surexcitation de l'organe surirrité, méthode dont on peut faire l'application aux enfans, aux vieillards, et à toutes les personnes débilitées? Oui, sans doute, cette méthode existe, et tous les praticiens la connaîtraient s'ils avaient réfléchi à tous les rapprochemens établis par les médecins physiologistes; nous voulons dire à leurs théories, car il est impossible d'utiliser l'observation, sans chercher ce que les maladies ont de commun entre elles, c'est-à-dire sans une théorie.

Parlerons-nous des théories sur la phthisie pulmonaire? le sujet serait trop vaste, et nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit dans *l'Examen des doctrines*. En entendant discourir certains docteurs, ne serait-on pas tenté de croire que l'inflammation n'a pas le pouvoir de produire des foyers suppuratoires dans les poumons, et qu'il faut absolument des tubercules pour faire tomber le viscère dans un détritus purulent? Et pourtant l'inflammation opère de cette manière dans tous les organes des animaux à sang chaud. Par quel singulier privilége le poumon serait-il excepté? Mais songez donc aux conséquences de votre théorie : pendant que vous négligez une phlegmasie pulmonaire, sous prétexte qu'elle cèdera s'il n'y a pas de tubercule, et qu'elle résistera s'il en existe, le détritus commence, et la maladie devient incurable. Regardez-y du moins avec attention, après le décès, et vous trouverez quelquefois des cavernes et des dissolutions purulentes sans tubercules; mais ne les supposez pas, je vous prie, en les déduisant seulement de la présence des cavernes, comme on vous en a donné le funeste exemple.

La théorie n'est pas moins vicieuse sur la question des fièvres intermittentes. La paresse intellectuelle d'un grand nombre de praticiens les retient sur deux idées fixes : celle de l'intermittence et celle du spécifique. Ils ne parlent jamais de préparer les voies digestives à son action irritante; le kina n'est point pour eux un stimulant, mais un fébrifuge, l'antipériodique par excellence; de sorte qu'il n'est pas moins commun qu'autrefois de rencontrer dans la pratique, des personnes dont les digestions sont dépravées pour avoir eu le bonheur

d'être guéries plusieurs fois de la fièvre intermittente par le quinquina. On accorde bien la possibilité d'une gastrite dans cette maladie, mais c'est une complication rare; c'est-à-dire qu'il faut que cette phlegmasie soit portée au plus haut degré pour qu'on l'avoue et qu'on la traite avant d'administrer le spécifique. Nous ne voyons presque jamais dans les journaux des exemples de fièvres intermittentes avec inappétence, turgescence et léger endolorissement de l'épigastre ou de l'hypocondre droit, enlevées par une ou deux applications de sangsues, sans qu'il fût nécessaire de recourir au fébrifuge. Ces cas sont très-communs cependant dans la pratique des physiologistes, et lorsque l'intermittence n'a pas cédé à cette première tentative, il ne leur faut, pour la dissiper, que les doses les plus légères du sulfate de kinine.

Or, c'est une théorie fondée sur le rapprochement des faits, qui a dicté cette pratique. Elle a été obtenue, cette théorie, en comparant les ouvertures de cadavres avec les symptômes et les effets des différens modes de traitemens. Que ne la vérifie-t-on? et que n'en consigne-t-on les résultats dans les ouvrages périodiques, au lieu de les remplir des essais de différens fébrifuges indigènes ou exotiques, qui n'ont d'autre résultat que d'enhardir les praticiens dans l'art de détériorer les organes de la digestion?

Nous terminerons ce que nous nous proposons de dire ici sur les théories appliquées à la pratique, par quelques réflexions sur les symptômes dits généraux, qui précèdent beaucoup de maladies aiguës, et surtout les phlegmasies du tube digestif.

Qu'il y ait lassitude, inappétence, frissons vagues, inaptitude à l'exercice, accablement et diminution des forces, avec un pouls à peine fébrile, et sans douleur bien caractérisée et prédominante dans un organe, on entend encore aujourd'hui un grand nombre de médecins, et des élèves qui sont leurs échos, déclarer qu'il n'existe que des *symptômes généraux*, et que le mal ne dépend de l'affection particulière d'aucun organe. Ce sont, disent-ils, les prodromes d'une maladie aiguë, d'une *fièvre essentielle*. Ce prononcé est la honte du siècle. Il a été démontré jusqu'à satiété qu'une phlegmasie encore peu active et partielle, bornée à l'estomac, au duodénum ou à l'intestin grêle, suffit pour produire ce groupe de symptômes. On a également prouvé que l'état inflammatoire débutant dans les méninges cérébrales, en occasionne un autre à peu près semblable. Nous désignons ici des états morbides débutans, et sans symptômes locaux assez prédominans pour qu'on ne soit pas forcé de leur subordonner tous les autres. Ainsi nous faisons exclusion des phlegmasies encéphaliques bien caractérisées, des pulmonaires, des péritonitiques, de toutes les gastrites et entérites à symptôme local prédominant, en un mot, de toutes les affections locales accompagnées de chaleur, de douleurs bien prononcées d'une région, et d'évacuations y correspondant, et de nature à ne laisser aucun doute sur l'existence et le siége d'un état inflammatoire local. Nous nous circonscrivons dans les états de malaise et de troubles simultanés de plusieurs fonctions, avec imminence ou existence déjà incontestable d'un état fébrile. Eh bien! les physiologistes ont fait voir que ces groupes de symptômes sont produits par une inflammation naissante, et qu'il faut des rapprochemens physiologico-pathologiques, c'est-à-dire une théorie, pour découvrir le point de départ des symptômes. Pourquoi donc ne veut-on pas profiter de leur découverte? Pourquoi s'opiniâtre-t-on, dans une certaine école, à nommer ces symptômes généraux? Avec ce mot, et l'incertitude, et l'irrésolution qu'il traîne à sa suite, on reste dans l'inaction, et l'on donne à l'inflammation le temps de se développer. Si l'on voulait, avec nous approfondir ces prétendus symptômes généraux, on s'apercevrait que le malaise et l'endolorissement des muscles accusent une irritation de l'axe cérébro-spinal, et qu'il ne reste plus pour l'expliquer, qu'à déterminer si cette irritation s'est développée primitivement dans cet axe, ou si elle dépend d'un autre organe. Avec cette simple donnée, le mal-être serait localisé, et perdrait sa fausse attribution de généralité.

Les pulsations du cœur sont altérées dans ces cas; elles sont d'une vivacité insolite, et la systole ne pousse pas le sang dans les organes avec la régularité de l'état normal; d'où les frissons, les chaleurs alternatives, les dérangemens des sécrétions. On devrait donc chercher ensuite si le trouble du cœur, qui vient toujours de celui de l'innervation, s'est développé dans le cœur même ou lui est transmis par un autre organe, et bientôt les symptômes relatifs au dérangement de la distribution du sang, se trouveraient localisés. Il en serait ainsi du sentiment de faiblesse et de l'inaptitude au mouvement, car la théorie apprendrait que toutes les fois que la masse cérébro-spinale reçoit l'influence d'un point d'irritation inflammatoire, elle cesse d'agir librement sur l'appareil moteur, et le sujet, qui a la conscience de son inaptitude en ce genre, se déclare faible.

La tristesse, les terreurs, les pressentimens fâcheux du début des maladies inflammatoires, et la répugnance pour tout travail intellectuel, s'expliqueraient nécessairement par l'altération des instincts, des sentimens naturels, et par la distraction qu'éprouve l'organe de la pensée, premiers effets de toute irritation inflammatoire qui se développe dans un organe capable d'influencer le cerveau, et il y aurait encore localisation de ces symptômes.

Chaque symptôme du groupe dit général, qui précède le développement des maladies aiguës fébriles, recevrait donc sa localisation, et les indications seraient posées, et le traitement pourrait être fructueux, c'est-à-dire qu'il pourrait prévenir le développement et la succession toujours périlleuse des périodes de la maladie aiguë.

Les opposans répondront peut-être: « Mais comment croire à votre théorie? n'est-elle pas hypothétique? Vos explications et vos localisations de symptômes ne sont-elles pas gratuites? Qui nous assurera du contraire? »

Qui vous en assurera! la guérison dans la grande majorité des cas, et l'immense diminution du nombre

des gastro-entérites typhoïdes, des fièvres prétendues essentielles, et des méningites, dans votre pratique. Vous obtiendrez cet avantage en détruisant l'inflammation naissante dans le lieu où elle se forme, lorsque vous aurez découvert ce lieu par votre analyse.

Nous y sommes arrivés par des rapprochemens de cas fortuits éclairés par les autopsies, dans les débuts à symptômes dits généraux; par des expériences réitérées sur les modificateurs qui produisent et sur ceux qui détruisent ces symptômes en n'agissant que sur un seul point viscéral de l'organisme; sans doute aussi par des considérations plus larges, tirées des lois de l'organisme. Mais qu'importent les moyens! nous y sommes arrivés, et vous êtes dispensés du labeur de la découverte. Vous n'avez plus qu'à vérifier l'exactitude de notre théorie par les expériences pratiques, et cela ne devrait pas tant vous répugner.

N'est-il pas bien honteux de voir des élèves de la médecine physiologique, en remontrer, au lit des malades, à des médecins blanchis dans la pratique? « Monsieur, dit un de nos jeunes gens à son ancien, vous ne trouvez là que des symptômes généraux, et vous recommandez l'expectation; mais palpez cet épigastre, il est chaud et rénitent; cet hypocondre ne résonne pas à la percussion, et celle-ci y développe une douleur profonde; cette région iléocœcale, quoique non douloureuse, est plus chaude et moins souple que dans l'état normal, le sang y est retenu, les matières sont accumulées au dessus de la valvule; il y a là une phlegmasie débutante, bientôt elle aura franchi cette barrière, et la diarrhée paraîtra. Palpez ce flanc; n'y trouvez-vous pas une rénitence? Elle n'est pas douloureuse, à la vérité, mais elle n'en accuse pas moins un état d'inflammation naissant de plusieurs anses d'intestins. Tous ces points de phlegmasie, qui expliquent vos symptômes généraux, vont s'accroître si vous restez dans l'inaction. Il faut agir, et agir sur les points malades; c'est l'unique moyen d'empêcher l'explosion d'une maladie aiguë. »

Vaines représentations! « Jeune homme, répond le maître, vous êtes un systématique. L'expérience n'a pas encore dissipé les préjugés dont vous êtes imbu. Il n'y a dans ces points que de l'*embarras* et du nerveux. Les caractères inflammatoires n'y sont pas : on ne doit pas les supposer; on n'y trouve point la raison des symptômes généraux, de la maladie de *toute la substance :* elle pourrait bien dépendre d'un vice des humeurs. Notre avis est qu'on délaie et qu'on évacue le tube digestif. Nous voulons bien qu'on diminue la masse du sang, puisqu'il y a pléthore chez celui-ci, mais par une saignée générale; et quant à cet autre, il est trop abattu, trop prostré pour qu'on ose se permettre aucune émission sanguine; et c'est chose ridicule de croire que vous allez le restaurer avec une application de sangsues à l'épigastre ou sur les flancs. »

C'est avec ces sentences doctorales, et plus tard, c'est-à-dire au moment de l'autopsie, en attribuant les rougeurs à l'hypostase cadavérique, et les ramollissemens à l'asthénie, qu'on arrête les progrès de la science et qu'on envoie dans la pratique des nuées de jeunes docteurs saturés d'erreurs et de préjugés funestes. Il est vrai que les mieux organisés d'entre eux s'efforcent de réparer le vice de leur éducation première en revenant aux études physiologiques; mais ils conservent toute leur vie le regret de la perte d'un temps précieux et d'occasions de s'instruire qu'ils ne doivent plus retrouver.

Ce colloque que nous venons de rapporter n'est point supposé : il a eu lieu naguère au chevet de quelques élèves malades, et les avis du jeune homme qui voulait arrêter les symptômes *généraux* qu'il venait de localiser ont prévalu en secret sur ceux du maître en *pratique*. C'est qu'il existe chez les jeunes gens un fond de rectitude et d'amour de la vérité qui cède à la démonstration quand elle est satisfaisante, quoique plus tard cet amour puisse se corrompre par la répétition du sophisme et par l'affiliation aux coteries.

Telles sont les réflexions que nous voulions soumettre aux hommes libres de préjugés, avant de terminer ce recueil. Il compte treize années complètes d'existence, et nous avons toujours cherché à n'y consigner que la vérité. C'est ce que pourront aisément vérifier ceux qui désireront se procurer la collection des *Annales*. Nous éprouvons la satisfaction de savoir qu'il a toujours été utile; car beaucoup de journaux, beaucoup d'ouvrages de longue haleine en ont pris et retenu l'empreinte, quoiqu'on en ait rarement fait l'aveu. Les *Annales de la Médecine physiologique* ont puissamment contribué à établir cette répugnance pour les médications stimulantes, dont on retrouve la trace chez nos adversaires scientifiques les plus acharnés. C'est surtout par l'influence de ce journal que l'on entend toute la jeunesse de nos écoles, mettre à la prescription des vomitifs, des purgatifs, des toniques, la condition expresse que le tube digestif ne soit pas dans un état inflammatoire. Cette condition a même été admise par les ouvrages classiques modernes les plus opposés aux nôtres, ainsi qu'on l'a prouvé dans l'*Examen des doctrines*. Une pareille concession est déjà une immense conquête et surtout un bienfait inestimable pour l'humanité.

Mais si nos adversaires concèdent qu'il ne faut pas irriter le tube digestif déjà irrité, ils ne sont pas d'accord avec nous sur les signes qui démontrent qu'il est irrité. Ils voient du général soit humoral, soit nerveux, dans bien des cas où nous ne voyons que du local véritablement inflammatoire, pour l'aigu comme pour le chronique.

La même controverse se reproduit sur beaucoup d'autres phlegmasies que celles des voies digestives, et le nerveux de l'état inflammatoire borné, très circonscrit et peu intense, et le secret des sympathies, ou, si l'on veut, des synergies qui le produisent, sont encore, selon nous, lettres closes pour un grand nombre de médecins, dont la pratique s'est pourtant immensément modifiée pour toutes les inflammations dont l'intensité facilite le diagnostic.

L'allégation des maladies humorales, qu'on admet

sans oser les décrire, ou bien en nous accordant qu'elles peuvent également être vitales, est encore un grand point de controverse. Enfin les virus et les spécifiques ne sont point définitivement jugés.

Ces motifs nous auraient engagé à continuer les *Annales*, si nous avions joui d'assez de loisirs pour y travailler d'une manière suivie ; mais depuis long-temps le public se persuade que nous avons négligé et même abandonné ce journal, et cependant nous n'avons jamais cessé d'y avoir l'œil, bien que depuis plusieurs années nous y insérions peu d'articles portant notre signature.

Mais le temps est arrivé où cette surveillance elle-même est un poids insupportable pour nous. Les devoirs de plusieurs genres qui nous sont imposés nous obligent d'abandonner la direction d'un journal. Les vérités dont les *Annales* sont semées fructifieront assez par le zèle d'une nouvelle génération qui restera toujours en présence ; et sur ce point, nous pouvons nous en rapporter aux intérêts des esprits justes, qui sont nécessairement les amis de toute vérité. Les obstacles qui retiennent le progrès de la médecine physiologique disparaîtront lorsqu'elle sera bien connue ; et la défense de faire connaissance avec elle ne pourra pas toujours durer, parce qu'elle est surbordonnée à des intérêts qui cesseront nécessairement d'exister.

Notre journal va se fondre dans le *Journal de Médecine hebdomadaire*, où nous espérons trouver, sinon le même titre, au moins le même amour pour la vérité. Nous ne renonçons pas à y faire entendre de temps en temps notre voix, pour la consécration des principes auxquels nous avons voué notre vie, et nous espérons que ceux de nos abonnés qui nous suivront dans cette nouvelle arène, y reconnaîtront l'esprit qui nous a toujours animé depuis le premier cahier des *Annales de la Médecine physiologique*.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

FÉVRIER 1835.

SUR LE SACCHARUM LACTIS.

—

J'avais souvent entendu mes malades me dire que telle poudre que je leur avais administrée, les avait fortement tourmentés, qu'ils l'avaient plus sentie que les autres, qu'ils en avaient éprouvé des tiraillemens, des pincemens dans le ventre, des angoisses, en un mot, qu'ils avaient bien reconnu avoir pris un médicament actif; or ces plaintes se rapportaient à des doses de *saccharum lactis* intercalées.

Je racontai ces effets à la grande réunion homœopathique, du 10 août 1832, à Leipzig; ils surprirent les auditeurs : je les racontai à Hahnemann, qui désira que l'observation en fût répétée; je les racontai à des confrères plus rapprochés du lieu de ma pratique, qui rapportèrent ces symptômes aux médicamens administrés avant le *saccharum lactis*. Je hochais la tête aux dénégations qu'on me faisait sur les effets rapportés à cette substance réputée inerte, attendu que les plaintes de mes patiens s'étaient répétées trop souvent semblables à elles-mêmes pour n'avoir pas un fondement réel; la nature du médicament administré auparavant n'avait pas paru influer sur les effets obtenus. Pour être plus sûr de mon fait, j'administrai *saccharum lactis*, tout seul, sans avoir été précédé d'aucun autre remède, à une femme qui éprouvait des douleurs d'estomac très-vives; elle en fut tellement tourmentée qu'après la première dose elle refusa de prendre les suivantes. Depuis, et jusqu'à présent, il m'est arrivé maintes fois d'entendre se répéter cette exclamation : *ah, pour cette fois, votre remède je l'ai bien senti dans le ventre.* — C'était encore *sacch. lact.*

J'attendais patiemment que quelque praticien élevât la voix sur ce même sujet; et voici que je lis dans l'*Allg. hom. Zeit.* une observation du Dr Bethmann, qu'il qualifie d'*étonnante*, sur cette substance : je l'abrége.

Un artisan qu'il avait traité pendant plusieurs années allopathiquement pour des indurations du ventre, et auquel ensuite il avait administré avec succès *sulf.*, *bry.*, *lyc.*, déclara tout d'un coup ne pouvoir plus prendre de poudre, parce qu'*à chaque fois* sa langue devenait douloureuse, comme perforée, et brûlante au point de l'empêcher de manger, ce qui l'affaiblissait et le faisait maigrir; il demandait donc qu'on lui administrât les remèdes en liquide.

Bethmann, ne sachant à quoi rapporter cette douleur, insista auprès du malade pour qu'il prît encore une poudre; mais elle fut suivie du même résultat que les précédentes. Alors il lui administra une simple solution de suc de framboises, sur laquelle, huit jours après, le malade lui rapporta que ce remède lui convenait beaucoup, car pendant son action la langue s'était totalement guérie; il en demandait donc la continuation. Bethmann, la répéta, mais en y ajoutant, par forme d'expérience, *sacch. lact.* gr. iij pour huit onces de solution.

Au troisième jour, le malade revint avec la bouteille, disant que quoiqu'il ne vît rien et ne sentît aucun goût, il fallait nécessairement que le médecin y eût mis de la poudre blanche, car dès la première cuillerée, sa langue était devenue malade. Une solution pure de framboises lui fut donnée; et dès ce moment, aucune douleur ne se manifesta dans la bouche.

Bethmann ne sait s'il doit attribuer ce fait singulier à quelque idiosyncrasie du sujet; mais il prie ses confrères de lui faire connaître ce qu'ils ont observé de semblable ou de relatif à ce point.

Quant à son *sacch. lact.*, il déclare l'avoir acheté en grande masse plusieurs années auparavant, l'avoir pulvérisé lui-même, et l'avoir conservé dans une salle où n'existait aucun remède.

Rummel dit là-dessus, qu'on doit rapporter aux médicamens précédemment donnés les sensations imputées par les malades au *sacch. lact.*

Gross ajoute que ses malades se sont souvent plaints des effets de cette substance, mais qu'il a cru devoir le rapporter à leur imagination qui cherchait dans les poudres autre chose que ce qu'il y avait.

Ce sont là des explications, des manières de se rendre compte, selon sa façon de voir, du fait; toujours est-il que le fait existe, qu'il s'est répété maintes fois, sous l'administration de divers praticiens, qui ont préféré l'attribuer à une substance antécédente, plutôt qu'à *sacch. lact.*; mais que peuvent-ils objecter au cas que j'ai cité plus haut, et où j'ai donné *sacch. lact.* avant tout autre remède? Je dois ajouter qu'il m'arrive souvent de donner comme intercalaire *sacch. alb.*, et que jamais alors les malades ne se sont plaints.

Je ne prétends ni expliquer ces plaintes, ni affirmer qu'elles sont dues uniquement et toujours à l'administration de *sacch. lact.*; je conçois que l'expérience pourra ne pas réussir dans une foule de cas, que l'idiosyncrasie

individuelle y sera peut-être pour beaucoup; mais quoi qu'il en soit, j'attire l'attention des praticiens bons observateurs sur ce point, sans vouloir prédire ce qui résultera de leurs observations.

Je venais d'écrire ce qui précède, lorsqu'en parcourant le tome XIV des *Archives* de Stapf, j'y ai rencontré le morceau suivant du docteur Starke.

J'ai remarqué souvent, dans ma pratique, que le *saccharum lactis*, broyé dans un mortier de porcelaine, et intercalé en doses un peu plus fortes que de coutume, parmi des *antipsoriques*, pour satisfaire à l'impatience des malades, interrompt l'action de ces remèdes, et avec elle l'amélioration déjà commencée; qu'il produit chez certaines personnes des symptômes nouveaux, qui n'avaient point été observés durant quelques jours après l'administration des remèdes, et qui sont même en opposition avec les résultats attendus de leur action; que ces symptômes sont d'autant plus forts et plus nombreux que le *sacch. lact.* a été broyé plus long-temps, et que les doses en ont été répétées plus grosses et plus fréquentes.

Je fis piler du *sacch. lact.* du commerce dans un mortier de fer bien propre, avec soin et en petite quantité; je le fis passer par un tamis fin, puis broyer sans interruption pendant une heure dans un mortier de porcelaine; ensuite je l'éprouvai sur plusieurs personnes irritables. Dans plusieurs cas, après des doses de 6 à 8 grains, il survint vertige, pesanteur d'estomac, malaise, etc., il est vrai, à un degré assez léger; je mélangeai alors *un grain* de cette poudre avec 99 grains de *sacch. lact.* frais, et le fis broyer pendant le même temps; puis je fis répéter encore une fois cette opération. Cinq à six grains produisirent quelques-uns des symptômes mentionnés, avec douleur de ballonnement, élancemens passagers dans plusieurs points du bas-ventre, avec gargouillemens bruyans. Cela me fit présumer que ces symptômes pouvaient provenir de quelqu'autre substance que la petite quantité de cuivre qui aurait pu y être mêlée, et qu'aucun moyen chimique n'avait pu m'y faire reconnaître; le nitrate d'argent m'y fit découvrir du natron muriaté, dont la quantité doit varier avec les divers *sacch. lact.* qu'on emploie, jusqu'à ne s'y point rencontrer du tout.

Je pris *sacch. lact.* contenant du natron muriaté, élevé par la trituration à I, trois grains que je mis dans 50 gouttes d'alcool, mêlé à partie égale d'eau distillée; je ne laissai pas s'achever la dissolution, afin de n'employer que le natron muriaté; j'élevai cette solution à la Xe puissance; puis en ayant humecté des globules, j'en donnai de 6 à 8 à des personnes saines, chez lesquelles se manifestèrent plusieurs des symptômes du natron muriaté, mais à un faible degré; dans un cas seulement, sur une personne très-irritable, je fus obligé de recourir à un antidote; ce qui produisit en moi la certitude qu'un pareil *sacch. lact.* ne doit pas seulement interrompre notablement l'action des remèdes antécédens, mais encore la détruire totalement, et même produire d'autres symptômes que ceux que l'on attendait des remèdes administrés.

Starke décrit ensuite en détail les opérations répétées de dissolution et de cristallisation au moyen desquelles il a vainement cherché à obtenir du *sacch. lact.* parfaitement pur, toujours quelque substance étrangère s'y introduisant, soit par la poussière voltigeant dans l'appartement, soit de toute autre manière; il pense donc qu'il est à peu près inutile de songer à administrer cette substance *pure* aux malades.

Stapf dit en note qu'une longue trituration dans un mortier de porcelaine doit introduire dans la substance quelques parcelles du mortier lui-même, qui se dynamisent et produisent des symptômes inattendus; en preuve de la possibilité de ce fait, il dit que si l'on frotte long-temps et fortement un mortier de porcelaine tout neuf et par conséquent très-propre, avec le pilon aussi de porcelaine, on produira une odeur très-notable, et que si alors on y verse un peu d'eau claire, elle s'y troublera légèrement.

Mais cette expérience ne me paraît pas le moins du monde concluante, car elle se fait de la seule manière qui n'a jamais lieu dans les triturations ordinaires, c'est-à-dire, en maintenant en contact continuel deux corps de porcelaine, par conséquent également durs, et capables ainsi d'agir l'un sur l'autre, de la même manière que le diamant pulvérisé agit sur le diamant brut; tandis que dans la trituration d'un corps peu dur, comme le *sacch. lact.*, jamais ou presque jamais la porcelaine n'est en contact réel avec elle-même.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la substance active mélangée (ou présumée telle) avec le *sacch. lact.*, il me semble qu'il est suffisant de se rappeler qu'en grandes doses (deux onces par exemple) et dissous dans l'eau sans trituration préalable, il agit comme minoratif *très-carminatif*, pour ne pas être surpris qu'il puisse avoir une action propre, lorsqu'il est administré à des individus chez lesquels l'irritabilité est excitée par la maladie, par le régime et par le remède antécédent.

Ch.-G. Peschier, Doct. ch. et méd.

REMÈDES

TIRÉS OU A TIRER DU RÈGNE ANIMAL.

Le règne animal, dont l'allopathie ne tire plus depuis long-temps qu'un très-petit nombre de remèdes éprouvés, paraît destiné à fournir aux homœopathes plusieurs médicamens d'une haute valeur. Cette partie de la matière médicale reste presque entière à explorer; nous ne connaissons encore que l'action de l'*araignée*, la *cantharide*, le *cloporte*, *l'écrevisse*, la *sèche*, le *serpent lachesis*; et même, pour quelques-uns, très-imparfaitement. Voici que Héring annonce, mais sans détails, qu'il obtient des effets toujours plus étonnans des *poisons animaux*; que l'humeur visqueuse du *crapaud* est un moyen puissant; que le *lézard* a maintes fois guéri; que la *toile d'araignée* est un remède important, et qu'il en a

observé des effets merveilleux ; on se sert de l'*araignée porte-croix* qu'on fait marcher sur un cylindre bien lisse, auquel on imprime une secousse ; l'araignée se laisse tomber en restant suspendue à son fil ; on tourne le cylindre de manière à faire filer long-temps l'animal ; il faut plusieurs heures pour recueillir *un grain* de fil ; lorsqu'on en a assez, et il en faut beaucoup, on détache tout ce fil et on le met dans le mortier où on doit le broyer avec le sucre de lait ; le broiement doit durer très-long-temps avant que le fil cesse d'être en flocon.

A Erfurt, quelques expériences ont été commencées sur le *crapaud* et le *lézard ;* en voici les résultats.

Le suc du *crapaud* a été obtenu en serrant l'animal avec des pinces, puis dynamisé jusqu'à X ; après avoir pris sept fois $\frac{0}{X}$, on a reconnu :

Grosses ampoules dans la paume des mains et la plante des pieds, de trois pouces de circonférence, jaunâtres ; il en sort un fluide jaune et corrodant ; cela s'est répété en plusieurs endroits.

Croûte blanchâtre sur les sourcils.

Difficulté de remuer la langue.

Facilité à mouvoir les membres.

Un pompholyx de la main qui revenait tous les ans, *se guérit.*

Le *lézard* a produit :

Grandes ampoules sous la langue.

Eruption humide, blanchâtre, en diverses parties du corps, surtout à l'angle interne des yeux.

Ulcération des parties sexuelles féminines.

Guérison, après deux doses X, d'une leucorrhée purulente pruriteuse.

Franz a publié les symptômes suivans de la *coccinelle, coccinella septem punctata.*

Céphalalgie sourde vers les tempes et l'occiput, comme si le cerveau voulait grossir à ces places (après 3/4 h.).

Douleur de la moitié de la tête, du côté antérieur, déchirante, lancinante.

Rougeur et chaleur aux joues, surtout du côté droit.

Afflux de sang à la face ; chaleur fugace.

Chatouillement dans les molaires (après 1/4 h.).

Gonflement des gencives.

Tiraillement sourd dans les molaires supérieures, vers l'oreille droite, en restant assis (après 1/2 h.).

Tiraillement fort, comme si la dent allait être arrachée au moyen d'un crochet qui y serait implanté, par secousses (après 3/4 h.).

Coups, douleur forte dans les molaires supérieures (après 1 h.).

En mangeant, tiraillement pulsatif et violent dans les deux rangées dentaires.

Secousse et déchirement dans une dent, puis dans une autre, avec élancemens vers l'occiput, et chaleur dans toute la tête (après 1 1/2 h.).

Sensation de froid dans toutes les dents.

Déchiremens isochrones au pouls de la mâchoire supérieure droite au lobule de l'oreille.

Secousses isochrones au pouls dans les molaires.

Endolorissemens dans les molaires, comme si elles étaient vides et qu'on y fît entrer de l'air.

Le tabac exerce sur la langue une action mordicante.

Hering a communiqué quelques symptômes de la teinture spiritueuse du *cloporte*, *oniscus asellus*, qui attendent un complément ; les voici :

Malaise, puis pression constante, au cardia.

Renouvellement de douleurs de dents.

Besoin subit d'aller à la selle ; évacuation prompte de matières peu consistantes.

Ardeur brûlante de l'anus.

Filets de sang dans les mucosités expectorées.

Pression douloureuse depuis les sourcils jusqu'au nez ; d'abord à gauche, puis à droite.

Contraction du voile du palais, comme s'il voulait se fermer.

Douleur térébrante derrière l'oreille droite, à la mastoïde ; les artères y battent fortement.

Soif.

Disposition aux pandiculations.

Pesanteur sourde de la tête.

Bâillemens fréquens.

Erections, et dégoût du travail.

Nous avons donné (T. II, p. 42) les premiers essais du Dr Hering sur le venin du *Trigonocephalus lachesis ;* cet habile expérimentateur a continué ses recherches et a publié en diverses reprises les symptômes suivans, que nous réunissons en une seule série.

Céphalalgie et vertige, à 5 h. p. m.

Le matin, céphalalgie frontale, profonde, du côté gauche, correspondant avec l'oreille ; douleur extérieure au toucher, comme après un coup.

Elancemens dans la tempe et le côté gauche de la tête.

Cephalalgie du côté droit, jusqu'à la nuque et aux épaules, avec tension des muscles.

Il semble que quelqu'un coupe un morceau du pariétal droit ; à 5 h. p. m.

Aux vertex et aux tempes, pression comme avec un couteau, tout au travers de la tête, avec coriza et raideur de la nuque.

En se baissant, martelage dans la tête.

Prurit à la face.

Eruption pourprée sur toute la face, qui passe et revient ; le 26e jour.

Inflammation érésipélateuse à la joue gauche sous l'œil ; d'abord prurit la nuit ; le sujet se réveille effrayé au moindre bruit ; le matin la place a commencé à devenir rouge, la rougeur a augmenté, et est devenue plus pénible après la méridienne ; le lendemain matin elle a été très-forte, avec un prurit si horrible, qu'il était presque insupportable ; la paupière inférieure est gonflée, rouge et pruriteuse. Auparavant, céphalalgie martelante qui revient après. (L'olfaction de *rhus* la diminue.)

Le matin, yeux cernés de bleu.

Le cérumen des oreilles devient semblable à de la bouillie.

Froid de l'oreille avec mal de dents; tout un côté de la tête paraît froid, quoiqu'il soit chaud au toucher; la chaleur externe fait beaucoup de bien.

Elle ne peut supporter aucun vent sur son oreille.

Dans l'oreille gauche, douleur contractive; à l'intérieur et profondément, douleur de gonflement en redoublant le lobule.

Craquemens devant l'oreille (après 4 semaines).

Des exubérances de la muqueuse du nez s'enflamment.

Les dents cariées tombent par morceaux.

Le reste d'une molaire creuse paraît trop long; elle ne peut mordre dessus, elle y sent une térébration jusque dans l'os maxillaire, surtout après avoir mangé; la gencive s'engorge tout autour, et la douleur s'étend jusque dans le gosier; enfin, il sort du pus du centre de la dent, et la douleur passe.

Douleur constante au col en faisant le mouvement de déglutition, pendant un mois.

La pression sur l'épigastre cause une douleur peu forte, mais très-désagréable.

Contraction dans le ventre, tout de suite.

Constipation opiniâtre pendant trois jours.

Puanteur insupportable des selles, qui ont leur consistance accoutumée.

Ardeur à l'anus en allant à la selle.

Tranchées, épreintes, selles brûlantes, quatre fois par jour.

En allant du ventre spontanément, évacuation de mucosités âcres, qui causent de la douleur.

Selle purement aqueuse (le 12e jour).

Avec un appétit excellent, point de selle pendant plusieurs jours; ventre balonné et tendu.

Pression à la vessie avec ardeur et tranchées au ventre.

Tension extraordinaire du pénis tout le jour (le 1er jour).

Très-fortes érections la nuit (le 2me jour).

Coriza humide chez un homme qui n'en pouvait point avoir depuis plusieurs années; le matin seulement pendant quelques minutes, le soir plus long-temps : alors toutes les douleurs de tête, le larmoiement et la dysœcie disparaissent ou deviennent très-légers.

Après midi coriza, très-marqué le soir, avec éternuemens fréquens.

Après $\frac{00}{X}$, un coriza qui se forme dès le premier jour, devient extraordinairement fort. Après plusieurs éternuemens, il découle de l'eau du nez; les bords des narines et la pointe du nez s'enflamment. Le lendemain matin, le coriza a cessé, ce qui n'avait jamais eu lieu jadis.

Après $\frac{10}{X}$, le coriza ne se montre pas de nouveau, mais revient cinq semaines après, avec fièvre, douleurs de tête, d'oreilles et de dents, que le sujet n'avait jamais senties.

Après le rhume, le nez reste long-temps rouge et malade à l'angle des narines et à la pointe.

La nuit il a senti un poids sur la poitrine.

La respiration est anxieuse après avoir un peu mangé.

Ardeur dans la poitrine, la nuit, et douleurs dans le sternum.

La nuit, il lui est survenu un gonflement du cou à gauche.

Toux en dormant.

Élancemens externes sous l'aisselle droite.

Pustules galeuses profondes et en groupes à la main droite.

Avec un prurit violent il se forme sur le dos du doigt médius un tubercule rond, rouge, dur, sans aréole rouge, sans pustule et sans pus; au bout de quelques jours, on y voit un petit point purulent, dont il ne sort rien ou presque rien, et qui n'est douloureux, lancinant que quand on laisse pendre la main. Après qu'il est tout-à-fait passé, au bout de plusieurs semaines, la place saigne extraordinairement au moindre coup.

Plusieurs petits tubercules pruriteux se forment aux doigts et passent bientôt.

Prurit au pli de l'annulaire.

Clou après un coup.

Douleurs à l'aine et à la cuisse, le soir jusque dans la nuit, avec pesanteur au front telle, qu'il ne peut ouvrir les yeux.

Aux tubérosités, violentes douleurs qui le privent du sommeil, surtout à la partie antérieure du coude-pied, profondément, violentes lorsqu'il marche sur quelque chose; il en prend de la fièvre et du tremblement.

Démangeaison aux jambes, puis chaleur et rougeur après avoir gratté.

Avant midi, tout le corps devient pruriteux et mordicant, surtout l'avant-bras; après avoir gratté, de petites places deviennent épaisses et élevées.

Une vésicule se forme au bout du second orteil gauche; elle crève et il en découle un fluide.

De vieux ulcères se rouvrent et suintent.

Des ulcères superficiels passent au rouge-foncé et comme spongieux; des places blanchâtres deviennent brûlantes en les lavant.

Enflure inflammatoire au talon qui passe en suppuration, causée par le frottement du soulier; cet accident n'avait jamais eu encore lieu (après 8 semaines).

La nuit, violentes crampes aux mollets.

La crampe le réveille vers le matin.

Attaque. Vers le soir, il perd subitement ses forces, avec soif inextinguible, bouche sèche, pâleur; il se sent très-mal, comme au commencement d'une fièvre violente.

Il a peine à s'endormir, le soir (plusieurs semaines).

Après le sommeil de la nuit et du jour, abattement et roideur.

Agitation avant de s'endormir.

Sueur facile et copieuse.

La nuit, elle a trop chaud, et son sommeil est inquiet.

Tous les soirs, la paume des mains devient chaude, comme pendant la fièvre, ainsi que la nuque; l'at-

touchement d'autrui produit un bien extraordinaire.

Fièvre. D'abord grande soif; puis, après quelques frissons, chaleur douce sans soif, avec laquelle il demande à être couvert; plusieurs accès pareils le matin dans la journée, mais surtout le soir; quelquefois légère sueur passagère (*china* est ici inutile), après plusieurs semaines.

Le nourrisson du sujet devient inquiet, malingre, il crie beaucoup et ne repose pas.

Le nourrisson prend de la fièvre, avec hauts de corps, vomissemens de lait, des selles accompagnées de cris.

Défauts de désirs sexuels, impuissance ou spermatisme tardif dans le coït, érection imparfaite (apr. des semaines).

Défaut d'appétit pour le manger, le boire et le tabac (apr. une semaine).

Après avoir mangé, plénitude, malaise, fatigue, brisure.

Rêvasseries, demi-sommeil.

Chez des lépreux : — après dîner, excréation par le nez de sang et de pus; — le matin, coriza sec, excréation copieuse de morceaux, puis allègement du coriza; à midi, exacerbation; le soir, soulagement.

La nuit, douleur cuisante dans les narines, jusqu'à l'endroit où commencent les cartilages, avec tiraillement, élancement à la pression, avec obstruction du nez, quelquefois excréation de mucosité purulente, ou d'eau purulente.

Note du Rédacteur. L'espèce de serpent à laquelle on doit rapporter ces symptômes n'est pas parfaitement définie et connue, en sorte qu'il serait difficile, sur les lieux, de répéter avec certitude cette expérimentation, toute importante qu'elle est. Nous engageons fortement tous les expérimentateurs à donner la synonymie la plus exacte et la plus nombreuse que possible des *espèces* tant animales que végétales avec lesquelles ils auront fait leurs essais, afin que ceux-ci puissent être contrôlés.

Nota. Le Rédacteur possède *lachesis* X, et *rana buffo* à la disposition de ses confrères.

Ch. Peschier.

(*La suite au numéro prochain.*)

ISOPATHIE.

Psorine, etc.

Le Dr Baerk, de Treviso, ayant traité sans succès une maladie à laquelle il donne le caractère de *phthisie des intestins*, apprit que le malade avait été atteint de la gale quelques mois auparavant et qu'il en avait été délivré au moyen de *pommades soufrées* et de bains chauds; il lui donna alors deux fois *psorine* I en quinze jours, et il en obtint amélioration, puis guérison complète.

Le même succès a suivi l'usage de ce remède dans une *phthisie pulmonaire purulente* qui n'était pas fort avancée.

Dans les cas où la maladie avait fait beaucoup de progrès, ni le *soufre* ni la *psorine*, n'ont réussi.

Un jeune homme de 22 ans avait été infecté, quinze mois auparavant, de la gale, qui fut dissipée au moyen de frictions. Depuis ce moment, le malade était affecté de malaise le matin, et d'une douleur constante au sacrum, surtout lorsqu'il se mouvait.

Le 26 décembre et le 2 janvier, il reçut *psor.* $\frac{00}{X}$; les boutons se montrèrent aux bras de nouveau, avec prurit, et la douleur du sacrum cessa complètement.

Le 13 janvier, *nux* $\frac{00}{X}$; les 18 et 23, *psor.* $\frac{00}{X}$.

Le 9 février, la démangeaison passa, il restait de la constipation et des flatuosités fétides, que *nux* $\frac{00}{X}$ emporta; le malade fut entièrement guéri; le docteur Emmrich, de Meiningen, avait dirigé le traitement.

Hering a fait de nouvelles recherches sur la *psorine* amenée à une très-haute dynamisation, et a trouvé que dans le cas où Hahnemann a recommandé d'employer un rubéfiant topique, elle est de beaucoup préférable, et qu'elle est même indispensable. Elle amène beaucoup de sueur; et *sulf.* X administré après elle développe bien plus d'action; elle amène à son point parfait l'éruption cutanée qui a de la peine à se manifester. Il l'a vu résoudre en peu de temps des indurations de la rate déjà anciennes. Elle diminue certainement la susceptibilité de la peau à contracter de nouvelles infections.

Dans quelques cas où, d'après Hahnemann, on avait cherché à exciter une éruption au moyen d'un emplâtre de poix, dès qu'il s'est montré quelques boutons, il les a ouverts, en a extrait le liquide, l'a dynamisé, puis l'a administré au malade sur lequel l'éruption s'est promptement développée. La première opération se faisait en trempant la pointe de la lancette humectée dans 100 gouttes d'eau de pluie, et en secouant ce mélange; les autres dynamisations s'opéraient avec l'alcool. Dans le premier cas, il a donné une demi-goutte de la première puissance, et n'a eu aucun résultat. Dans le second cas il donna $\frac{0000}{II}$, et cette dose agit avec force instantanément. Dans le troisième cas, il donna $\frac{000}{III}$, et produisit augmentation des boutons et même des pustules.

Hering ajoute ce qui suit :

1° Toutes les parties liquides ou solides du corps humain sur lesquelles il a été fait des recherches jusqu'à ce jour, ont manifesté une influence étonnante, en particulier sur les organes correspondans à ceux sur lesquels elles ont été prises.

2° Tous les produits morbides, *de quelque nature* qu'ils soient, ont développé beaucoup d'action dans les maladies dont ils sont le résultat; la leucorrhée même est utilement applicable dans la blennorrhée consécutive.

3° La *phthisine*, dans la *phthisie purulente*, a eu entre ses mains une grande action, ainsi que l'*ascaridine* contre les ascarides des enfans; ces substances mé-

ritent d'être expérimentées par plusieurs médecins, afin de comparer les résultats.

4° Toutes ces subtances doivent être préparées d'abord avec de l'eau, ou avec du sucre de lait, avant d'être dynamisés dans l'alcool.

5° On doit se garder de les hyperdynamiser ou de les potentier avec plus *d'une* goutte; ainsi que de les administrer aux degrés inférieurs; on ne serait point alors sûr de ne pas amener des exacerbations énormes qui ne sont jamais bonnes à rien.

6° Ces produits dynamisés ne doivent point être considérés comme des spécifiques absolus, quelque indispensables qu'ils soient dans certains cas; mais comme des moyens intercalaires dans les affections chroniques; ordinairement les remèdes administrés après jouiront d'une action bien plus durable; ou bien ceux qui auront été donnés auparavant développeront alors leur action cachée jusqu'à ce moment.

Plus tard, Hering écrit : L'*autopsorine* est très-importante pour opérer une réaction générale; en rassemblant tous les cas que j'ai traités avec elle, je vois que presque tous ont éprouvé de l'amélioration, mais qu'ils n'ont pas été guéris; c'est avec la *psorine* seule que j'ai guéri; après celle-là j'ai dû employer ou celle-ci ou d'autres moyens indiqués par les nouveaux symptômes que la première faisait naître.

La *syphiline* s'est montrée très-utile dans un cas de syphilis latente, qui ne se dessinait pas bien; le *mercure* et d'autres remèdes avaient été donnés en vain; au bout de quelques semaines, la *syphiline* développa une éruption psoriforme, suivie de la formation d'un chancre régulier, qui remplaça de petits boutons et des taches rouges et incertaines. Alors le *mercure* à doses répétées guérit le chancre, et *lachesis* fit disparaître une induration consécutive du prépuce.

Nous ne possédons point de remède qui surpasse en importance *lachesis* dans les cas très-chroniques; pas même *sulf.*, *phosph.* et *sepia*, quoique ceux-ci en approchent; il n'est certes pas le remède universel; c'est la *belladone* animale, comme celle-ci est le *mercure* végétal.

Il vaut mieux donner *vaccinine* dans la variole humaine, et *varioline* à l'intérieur contre les suites de *vaccinine*; *varioline* guérit rarement.

Gross, cet habile et savant expérimentateur, a communiqué sur la *psorine* ce qui suit :

« L'observation présentée par Hering que la *psorine* offre des actions très-diverses suivant qu'elle a été prise sur tel ou tel sujet psorique, a été confirmée maintes fois dans ma pratique. J'ai des préparations prises sur quatre individus différens, et j'ai trouvé que chacune avait sa sphère d'activité propre.

Je possède une préparation qui m'a été transmise par Hahnemann lui-même et quoique je doive croire qu'une partie des symptômes publiés sur cette substance proviennent de cette préparation-là même, je ne puis me dispenser d'y ajouter les symptômes suivans, auxquels je joins ceux qui sont résultés d'une préparation que j'ai reçue du docteur Kretschmar.

Dans la tête, comme quelque chose de dérangé.

Tout le jour il a faim, et le soir il ne peut pas manger.

Un brayer tout d'un coup ne va plus bien; il comprime outre mesure.

L'urine sort difficilement; il lui semble qu'elle soit tout-à-fait arrêtée.

Pendant le coït survient une faiblesse spasmodique qui en empêche l'accomplissement.

En marchant vite, la respiration lui manque; il peut à peine sortir de sa chambre.

La poitrine lui fait bien mal.

Il est obligé de beaucoup cracher.

En toussant il éprouve une sensation pénible dans le bas-ventre, qu'il est obligé de tenir avec la main.

Insupportable douleur au sacrum.

En marchant en plein air, dyspnée avec frisson froid qui parcourt depuis la tête jusqu'aux pieds, avec angoisse, et contracte le ventre, les reins et les genoux, au point de faire tomber le sujet; s'il poursuit sa marche en se faisant violence, le frisson cesse au bout de cent pas, et le sujet peut continuer à aller; en montant les escaliers, ou en se tenant tranquille, le frisson revient.

Il tremble en écrivant.

S'il ressent un courant d'air il est comme à moitié mort; ensuite il a très-chaud.

Agrypnie; si le sommeil le domine, il manque de souffle, le défaut d'air dans le cou l'éveille sur-le-champ.

La nuit, sueur très-copieuse et fétide.

Il supporte très-bien la voiture, qui lui convient fort.

Il se sent tellement saisi, qu'il redoute de mourir. »

Dans un prochain cahier, nous donnerons la symptomatologie complète de la *psorine*.

Note du rédacteur. Le 15 décembre dernier, je fus consulté par Tiénette L... qui avait les deux mains couvertes de boutons psoriques pruriteux, qu'elle avait très-probablement reçus par infection; quelques boutons existaient aux jambes; la présence de ces boutons l'avait, entre autres motifs, engagée à quitter son service de domestique, qu'elle ne voulait pas reprendre avant d'être guérie. Je préparai sur-le-champ de l'*autopsorine* dont je lui donnai une dose; trois jours après, elle revint très-surprise et satisfaite de la presque disparition des boutons des mains; ceux des jambes avaient diminué, mais il en existait encore; je lui donnai *sulf.*; ne l'ayant pas revue, je présume qu'elle se considère comme guérie, et qu'elle ne sent ou ne voit plus de boutons. — Cette guérison, si elle est complète, serait la plus rapide que j'aie encore rencontré.

Le 8 août dernier, Marie Ber... me consulta pour des groupes de boutons psoriques pruriteux qui couvraient un côté du cou jusqu'aux cheveux, les deux bras et un genou, depuis six mois; elle avait contracté la gale par infection, six ans auparavant, et en avait été trai-

tée par friction; la maladie s'était montrée de nouveau de temps en temps. Je lui donnai *natr. mur.* $\frac{0}{X}$.

Le 22, les boutons avaient beaucoup augmenté, ainsi que le prurit; je lui donnai *sulf.* $\frac{0}{X}$.

Le 2 septembre, il y avait une notable amélioration; comme je n'ai jamais vu d'affection psorique guérir avec *sulf.* seulement, je donnai *autopsorine.*

Le 3 novembre, tous les boutons avaient disparu, ainsi que le prurit, tant au cou, qu'aux bras et au genou. La malade portait un nombre de crevasses douloureuses à la main droite, contre lesquelles je lui donnai *ac. nitr.*; je ne l'ai pas revue, ce que je considère comme un signe de guérison ou de grande amélioration.

Dans d'autres traitemens avec l'*autopsorine*, j'ai vu survenir d'énormes pustules purulentes; mais je ne suis pas sûr qu'elles fussent la conséquence du remède; toutefois, après ces pustules les malades ont guéri, quoique la maladie eut été très-longue et très-forte avant leur apparition. Je continue sur ce point de nombreuses expériences.

Nota. Je tiens les substances sus-indiquées à la disposition de mes confrères.

Ch.-G. Peschier.

CORRESPONDANCE.

—

Munich, 14 décembre 1834.

Je suis toujours bien satisfait de l'homoœpathie. Cependant la plupart des médecins d'ici continuent de lui être hostiles, quoique leur méthode prétendue rationnelle leur attire tous les jours bien plus de honte que d'honneur. Messieurs les allopathes viennent d'en fournir une nouvelle preuve par la mort de l'ambassadeur français, M. le comte Vaudreuil. Cet homme d'un âge encore peu avancé, mais d'une constitution délicate et faible, souffrait par intervalles d'une céphalalgie asthénique produite par une chute qu'il avait faite autrefois de son cheval, et ranimée de temps en temps par les nuits passées au jeu. MM. les Drs Goullon de Weimar et Roth d'ici avaient plusieurs fois fait cesser cet accident par des médicamens homœopathiques; mais la dernière fois, le pauvre comte est tombé entre les mains des allopathes, dont l'un fut même rappelé, par un courrier, de Stuttgart où il assistait à la réunion annuelle de la Société des Sciences naturelles. Mal de tête et inflammation cérébrale étaient naturellement pour eux une seule et même chose : ils appliquèrent au malade des sangsues, enveloppèrent sa tête de glace, mirent en réquisition le bas-ventre; en un mot, on usa tellement de tout l'appareil antiphlogistique, que le malade, vu sa faiblesse et son insensibilité extrêmes, fut proclamé *convalescent.* Cependant la convalescence n'avançait point, malgré les médicamens les plus excitans, tels que naphte, phosphore, etc., et le malade mourut. « La belle satisfaction de guérir la maladie et de laisser succomber le convalescent! Voilà précisément l'inconvénient de la médecine physiologique : elle laisse mourir d'épuisement les malades qu'elle avait radicalement guéris » (*Gaz. médicale*, 1832, n° 12).

Les guérisons effectuées par les médicamens homœopathiques le sont souvent comme par un coup de baguette magique. Mais bien souvent aussi l'homœopathie (ou l'homœopathe) est en défaut; surtout dans les maladies chroniques. Si nous avions une fois bien constaté le caractère particulier des médicamens, la nature de leurs effets spécifiques, alors il serait facile de procéder avec certitude; mais je crains que jusque-là il ne s'écoule encore bien des années.

J'ai déjà vu plusieurs fois le *kali carb.* produire des effets excellens et prompts dans les maux d'oreilles et quelquefois dans les maladies du bas-ventre qui y répondent : un bien-être général se faisait sentir déjà au bout d'une minute. Il en a été de même de *ignat. am.* dans les accidens convulsifs chez les femmes et dans les affections morales accompagnées de faiblesse. *Millefol.* a été très-efficace contre l'hématurie et contre un saignement asthénique du nez, ainsi que contre le *morbus maculosus hæmorrhagicus*, où il m'a rendu plus de services que *rhus* recommandé dernièrement par le docteur Miller comme spécifique dans ce cas; je le faisais prendre en solution gtt. *j.* — *ij*, dans deux onces d'eau, une cuillerée toutes les 2 ou 3 heures. Mais pour guérir complètement un garçon de 6 ans que ce mal avait déjà beaucoup fait dépérir, et qui avait à la face un gonflement leucoflegmatique, avec étourdissement et délire tranquille, *phosph.* $\frac{0}{III}$, une ou deux fois par jour, a été excellent. J'ai toujours obtenu des résultats favorables, contre la jaunisse, de *merc.*, *sol.* et *viv.* $\frac{00}{II}$ — $\frac{0000}{IV}$, pris tous les 5 ou 7 jours. Dans la diarrhée chronique et opiniâtre, où *ipecac.*, *veratr.* et *china* restaient sans succès, *canthar.* $\frac{000}{IV}$ données itérativement m'ont tiré d'embarras. Je n'ai point encore eu de succès contre l'hydropisie.

Les médecins homœopathes bavarois, à qui jusqu'ici il était rigoureusement interdit de dispenser eux-mêmes les remèdes, viennent d'y être autorisés par un rescrit royal.

Agréez, etc.

Widnmann,
Conseiller de médecine.

LIVRES NOUVEAUX EN ALLEMAND.

—

Grundzügeder neuen naturgemessen Heillehre, gewœhalich Homœopathie genannt, etc. Principes de la nouvelle médecine naturelle, communément nommée homœopathie ; avantages et différences qu'elle présente comparée avec l'ancienne manière de traiter les maladies, communément nommée allopathie; avec une notion générale de la maladie et de la guérison, ainsi que de la conduite que chacun doit suivre dans ses alimens et ses boissons, dès qu'il se peut traiter suivant la nouvelle méthode de guérir; enfin plusieurs préceptes pour toute la vie, tendant à conserver et consolider la santé. Leipsig, 1834. in-8 de 23 p.

———

Briefe über Homœopathie. Lettres sur l'homœopathie. Par le Dr Attomyr ; 3e cahier, de janvier à juin 1834. Leipzig. in-12 de 174 p.

———

Die Allœopathie und Homœopathie verglichen in ihren Principien. L'allopathie et l'homœopathie comparées dans leurs principes ; par Eschenmayer, prof. à Tubingue. Tubingue, 1834. in-8 de VIII et 134 p.

———

Allgemein verstœndliche Belehrung über homœopathische Aerzte, Kuren, Arzneien, Diœt, u. s. w. Instruction mise à la portée de toutes les intelligences sur les médecins, les cures, les remèdes, la diète, etc. homœopathiques. Par un homme qui connaît parfaitement tout ce qui concerne l'homœopathie, quoiqu'il ne soit pas docteur. Leipzig, 1834. in-12 de 46 p.

———

Die Homœopathie im Schatten des gesunden Menschenverstandes, (*Entgegnung auf* Dr Hærlin's *Homœopathie im Lichte des gesunden Menschenverstandes.*) L'homœopathie à l'ombre du bon sens, réplique à l'ouvrage de Dr Hærlin : l'homœopathie à la lumière de bons sens. Carlsruhe, 1834. in-8 de 24 p.

———

Homöopathischer Hausbedarf, oder genauer Angabe, wie man dem Arzte seine Krankheit zu berichten hat. etc. Nécessaire homœopathique domestique, ou indication détaillée de la façon dont un malade doit rendre compte de son état à son médecin ; avec une direction de la diète, etc ; par Meyerhoff, médecin homœopathe à Brême ; br. in-8° de 6 pages.

———

Die Cholera mit dem besten Erfolg bekämpft durch die homöopatische Curart. Succès de la méthode homœopathique contre le choléra ; publié par un ami du bien public ; Brême, 1835 ; br. in-8° de 83 p.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

FÉVRIER 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Hôpital Saint-Louis.—*Leçons de clinique chirurgicale, sur les luxations de l'avant-bras, sur celles de la jambe et sur les fractures du genou; par M.* Gerdy. *Recueillies et publiées sous ses yeux, par M.* Beaugrand, *interne.*

I. Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant.

La luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant est niée généralement sur l'autorité de nos auteurs classiques les plus recommandables; cependant plusieurs chirurgiens en ont cité des observations authentiques. D'autres l'ont décrite, mais peut-être, plutôt d'après le raisonnement, que d'après l'expérience.

Aux faits que la science possède déjà, nous allons en ajouter un nouveau; mais nous jetterons auparavant un coup d'œil rapide sur les premiers. L'ensemble de ces faits nous permettra de tracer une esquisse de cette maladie. Rouyer, (*voy.* plus bas l'historique) parle d'une femme qui, tombant d'un lieu élevé, eut une luxation du radius en avant, et il ne donne pas d'autres détails (1).

A. Cooper en cite huit observations (2) dont quatre lui sont propres. Ces observations sont très-peu détaillées. La cause est indiquée d'une manière générale pour toutes. Cet accident arrive, dit-il, dans les chutes sur la main, le bras étant dans l'extension. Dans presque tous les cas, l'accident affecta des adultes. Voici, au reste, le sommaire de ces observations :

1° Sir A Cooper, étant étudiant à l'hôpital de Saint-Thomas, vit une femme sur laquelle M. Clin essaya inutilement de réduire une luxation du radius en avant.

2° Le même fut appelé par M. Balmann, pour voir un jeune garçon (*lad*) atteint du même accident, et qui fut pendant une heure et quart, soumis à des tentatives de réduction, mais sans succès.

3° Il réussit mieux auprès d'un coiffeur qui s'était luxé le radius. Le blessé s'étant évanoui pendant l'examen du membre. Sir A. Cooper profita de cette circonstance, et réduisit l'os en plaçant le coude sur son pied, tandis qu'il exerçait des tractions sur l'avant-bras.

4° On obtint le même succès sur un autre malade que l'on fit placer sur un sopha, le bras appuyé sur le dos de ce meuble, tandis que l'on tirait sur la main, sans agir sur le cubitus; en quelques minutes l'os reprit sa place.

5°, 6° et 7°. Ces observations sont dépourvues de détails.

8° M. Tyrrel a communiqué à Sir A. Cooper quelques détails relativement à un tailleur qui, depuis 7 à 8 mois, portait une luxation du radius non réduite; les mouvemens étaient redevenus assez faciles.

En résumé, la réduction ne fut obtenue que trois fois.

M. Willaume (1) a donné l'histoire très-détaillée d'un enfant de sept ans, qui, dans une chute sur la main, éprouva l'accident dont nous parlons. La maladie fut reconnue à la déformation de l'articulation, et à la présence de la tête du radius au pli du coude. On le réduisit avec assez de facilité.

A la suite du mémoire de M. Willaume, se trouve une note du rédacteur des *Archives* qui rapporte qu'un de ses collaborateurs éprouva dans son enfance une lésion semblable et encore à l'occasion d'une chute: cette luxation ne fut pas réduite.

Enfin, plus récemment encore, M. Dugès a inséré dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (2), un mémoire sur quelques cas notables de luxations et de fractures, dans lequel il rapporte (p. 196) trois nouveaux exemples de la luxation dont il s'agit.—1re Obs. Un enfant de 3 ans est tiré avec violence par la main droite: douleur vive, immobilité de l'avant bras, qui est fléchi et en supination presque complète; pronation empêchée. — Réduction au moyen de l'extension sur la main inclinée vers le bord cubital; *claquement* au moment

(1) Journal général de Médecine, avril 1818.
(2) *Treatise on dislocat.*

(1) Archives gén. de Médecine, tome XVI, an 1823.
(2) Tome IV, année 1831, p. 193.

de la rentrée de la tête osseuse. — 2me Obs. Une femme accouche dans une voiture; son enfant roule à ses pieds, et se luxe le radius ; l'enfant étant mort, le diagnostic fut vérifié par l'ouverture. — 3me Obs. Un autre enfant du même âge que le premier, eut, dit M. Dugès, le poignet luxé par la même cause, la réduction fut obtenue. Un quatrième cas, dont les détails ne nous ont pas été transmis, a été communiqué à M. Dugès par le frère de Béclard ; il s'agissait encore d'une luxation analogue chez un très-jeune enfant. Voici maintenant celui que nous avons observé.

Rolet, âgé de 8 ans, jouait, le 5 octobre, avec quelques autres enfans, dans une charette vide. Ayant voulu sauter à terre, son pied heurta contre la roue, et il tomba en avant. Tout le poids de son corps porta sur la main droite qu'il avait étendue pour préserver sa tête. Il sentit immédiatement une douleur dans tout l'avant-bras, et ce membre devint, dès-lors, incapable d'exécuter le moindre mouvement. On conduisit le blessé, sur-le-champ, à l'hôpital Saint-Louis. A son arrivée l'avant-bras est très-légèrement fléchi sur le bras, et la main dans une demi-pronation. La direction du radius semble changée ; il se porte directement en haut, vers le milieu du pli du bras ; l'ensemble des muscles qui s'insèrent à la tubérosité externe de l'humérus, ne fait pas, comme de coutume, une saillie arrondie en dehors du pli du coude ; toute cette masse charnue s'est portée en dedans, et augmente le diamètre antéro-postérieur de l'avant-bras ; le toucher fait reconnaître, au-devant de l'articulation cubito-humérale, une éminence osseuse, lisse et polie, qui se continue avec le radius dont nous avons signalé la direction vicieuse ; en outre, au sommet de cette éminence, on peut parfaitement constater avec le doigt, l'existence de la dépression centrale qui caractérise l'extrémité supérieure du radius. A de pareils symptômes, il est impossible de ne pas reconnaître une luxation de l'extrémité supérieure du radius, en haut et en avant, une mobilité et une crépitation manifestes, un peu au-dessous de la partie moyenne du cubitus, dénotent suffisamment une fracture de cet os. Nous procédons sur-le-champ à la réduction. Pour cela, le petit malade ayant été mis sur son séant, un aide saisit l'humérus un peu au-dessus du coude, et le maintint immobile ; un second aide s'empara de la main, qu'il ramena à une supination modérée, et sur laquelle il exerça des tractions médiocres, en même temps qu'il l'inclinait vers le bord cubital. Profitant de ces efforts, je refoulai avec les deux pouces, la tête du radius en arrière et en dehors, tandis que mes doigts fléchis soutenaient la partie postérieure de l'articulation et prenaient sur elles un point d'appui. Bientôt, l'os déplacé parut avoir repris ses rapports naturels ; mais au moment de sa réduction, nous n'entendîmes pas le choc signalé par les auteurs. L'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras fut appliqué, avec la précaution de mettre sur l'extrémité supérieure du radius et en avant, une petite compresse pliée en plusieurs doubles et destinée à prévenir un déplacement consécutif, en augmentant la pression d'avant en arrière. Cette observation, jointe à toutes celles que nous avons déjà citées ne doit, je le pense, laisser aucun doute sur la possibilité d'un déplacement de l'extrémité supérieure du radius en avant. Il me reste maintenant à examiner les causes, les symptômes, les variétés que cette affection peut offrir les moyens de la distinguer des lésions qui pourraient la simuler, et enfin à poser les indications curatives qu'elle présente.

Causes. — On a depuis long-temps signalé l'enfance comme prédisposant aux luxations, tant à cause de la faiblesse des ligamens à cette époque de la vie, que du peu de fragilité des os qui se déplacent plutôt que de se rompre. Cette remarque générale est-elle applicable aux cas dont il s'agit ? Si nous tenons compte de l'âge dans les seize observations indiquées plus haut, nous voyons que, dans huit cas, l'accident est survenu chez des enfans. Du reste, presque toujours, il a été déterminé par une chute sur la main.

Les auteurs qui rejettent l'existence de la luxation en avant, disent que quand on tombe sur la paume de la main, celle-ci étant en pronation, le radius se trouve dirigé par rapport à l'humérus de bas en haut et d'avant en arrière, et que dès-lors la luxation, quand elle arrive, aura toujours lieu dans ce dernier sens : il y en a effectivement des exemples. Toutefois l'expérience paraît avoir démenti cette supposition ; et, en effet, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que l'avant-bras restât fléchi. Si, au contraire, il se trouve étendu lorsqu'on tombe sur la main, ne sera-t-il pas possible que l'effort agisse de manière à étendre brusquement et davantage l'avant-bras, ou mieux encore à le renverser et à le fléchir en arrière ; alors le radius ne pourrait-il pas glisser d'arrière en avant et se luxer ? N'est-il pas très-probable que les choses se passent ainsi, et que tel a été le mécanisme de la luxation dans les cas que nous avons rapportés ? Peut-être d'ailleurs la contraction violente et instantanée du biceps brachial y a-t-elle concouru. Je ne rappellerai pas l'opinion de Sir A. Cooper qui explique (1) le mécanisme de cette luxation par une sorte de rebondissement qu'éprouverait la tête du radius en pressant brusquement sur l'extrémité supérieure du cubitus. Une pareille supposition n'est véritablement pas admissible. D'autres chirurgiens, Léveillé, Delpech, MM. Richerand, Marjolin, etc., qui admettent le déplacement dont nous parlons, prétendent qu'il est produit dans des mouvemens de supination forcée. Il est facile de voir que les faits publiés jusqu'à ce jour ne sont nullement d'accord avec cette opinion. Mais quel que soit, au reste, le mécanisme des luxations en avant, les exemples que nous avons rappelés et celui que nous venons de rapporter avec détail ne laissent aucun doute sur la possibilité de cette espèce de luxation.

Caractères anatomiques. — Il est probable que dans cette affection, et particulièrement dans le cas que nous

(1) *Treatise on dislocat.* p. 350.

avons eu sous les yeux, le ligament antérieur de l'articulation était rompu, seulement au-devant de la tête du radius, ainsi que la capsule synoviale; que le ligament latéral externe était dirigé en avant avec le ligament annulaire accompagnant le col de l'os; mais que ces ligamens n'étaient point rompus ou ne l'étaient qu'en partie; que la tête du radius devait soulever l'extrémité inférieure du biceps, repousser en dedans l'artère brachiale et les branches qui en naissent; enfin que la synovie dut s'échapper en partie de l'articulation, et quelques gouttes de sang y pénétrer.

Symptômes. — Examinons successivement les différens symptômes offerts par notre petit malade. 1° La main était dans une *demi-pronation.* Cette attitude s'est rencontrée la même dans les différens cas que nous avons rapportés, et au premier coup-d'œil, on voit là une contradiction avec ce qu'ont écrit MM. Delpech, Marjolin et d'autres, qui ont considéré la supination comme signe en quelque sorte pathognomonique de cette maladie; mais en y réfléchissant la difficulté s'éclaircit bientôt. En effet, dans l'état ordinaire, lorsque l'avant-bras repose par son bord cubital sur un plan horizontal, et qu'on l'abandonne à son poids, la main tombe en pronation, le pouce vient à appuyer sur le plan de sustentation, et on ne peut, sans un effort musculaire, tenir le pouce relevé, et le membre dans l'attitude qu'on a nommé demi-pronation. Or, dans le cas actuel, le malade gardait cette position sans que sa volonté y prît part. Il y avait donc, par suite du déplacement, obstacle à la pronation et tendance à l'attitude contraire; cela résulte d'ailleurs d'une loi générale des luxations; savoir, que le membre est incliné dans le sens inverse de celui où s'est fait le déplacement. 2.° *L'avant-bras était très-légèrement fléchi sur le bras.* La flexion ne peut-être portée très-loin, car alors la tête du radius vient arcbouter devant et contre l'extrémité inférieure de l'humérus, et s'oppose à ce que l'avant bras puisse être rapproché du bras au-delà de certaines limites. Ce fait est néanmoins contraire à la loi ou au fait bien plus général que je viens de rappeler; car, d'après cette loi, il devrait y avoir extension. Mais s'il n'y a pas extension, il y a du moins possibilité d'étendre et impossibilité de fléchir l'avant-bras comme d'habitude. 3° Le *radius* suivait la direction d'une ligne qui, de la partie externe du poignet, se rendait au milieu de l'articulation huméro-cubitale, et là se faisait sentir son extrémité. Le malade étant très-maigre, les parties osseuses étaient très-faciles à reconnaître; mais je crois que, sur un sujet chargé d'embonpoint, et surtout chez les femmes dont les membres sont arrondis, le déplacement pourrait peut-être devenir difficile à constater. 4° J'en dirai autant de la *déformation* que présente l'articulation huméro-cubitale. Sensible chez une personne maigre, ce signe serait moins appréciable dans les circonstances que nous venons de citer. Il y avait en outre chez notre malade fracture du cubitus. On sait que dans ces fractures le fragment supérieur doit à son mode particulier d'union avec l'humérus, de ne point être porté dans l'espace inter-osseux; le fragment inférieur seul peut l'être. Mais ici, suivant toutes les probabilités, le cubitus n'a été rompu que lorque le radius luxé a laissé porter sur lui tout le poids du corps. Par suite de ce déplacement primitif, le radius se trouverait déjà entraîné en dedans; le fragment inférieur de l'os fracturé a pu conserver sa position naturelle.

Diagnostic. — Quelles sont les lésions avec lesquelles cette luxation pourrait être confondue? 1° L'accident ayant eu lieu chez un enfant, il était permis de croire à un décollement de l'apophyse supérieure qui serait restée embrassée par l'anneau ligamenteux, tandis que l'effort musculaire en aurait arraché le corps de l'os pour le porter en avant et en dedans. Le peu d'épaisseur des parties molles qui recouvraient le radius, permettait de reconnaître chez Rolet la forme de la tête radiale, mais sur un sujet très-gras on n'aurait pour signe différentiel que la hauteur moins considérable à laquelle on sentirait l'extrémité de l'os déplacé. A cela on peut ajouter que la flexion de l'avant-bras sur le bras pourrait être ici portée plus loin que dans la luxation. En tous cas l'erreur ne serait pas nuisible, car l'indication est toujours la même. 2° Une fracture du col du radius par cause indirecte est très-rare, surtout chez un enfant. Toutefois cet accident n'étant pas complètement impossible, il est bon de le prévoir. S'il arrivait, le fragment inférieur serait aussi porté en dedans, mais son extrémité répondrait moins haut que dans le cas de luxation. Si le sujet était maigre, on pourrait sentir des inégalités, et en refoulant le fragment en dehors et lui faisant exécuter quelques mouvemens, on percevrait la crépitation, signe certain de la fracture. Le *prognostic* n'offre ici rien d'alarmant; il est subordonné à l'état de simplicité ou de complication de l'accident. Cependant on doit craindre de ne pas pouvoir réduire la luxation, comme le démontrent plusieurs des observations citées par sir A. Cooper. Mais ici, il faut le dire, et cette circonstance est importante à noter, il s'agissait d'adultes, tandis que dans tous les autres cas, c'étaient des enfans.

Traitement. — 1° *Réduction.* Les uns, à l'exemple de Duverney, (1) veulent qu'on porte la main dans la supination; les autres (Leveillé (2), Richerand (3)) disent qu'il faut la placer dans la pronation. Du reste, tous s'accordent à prescrire de presser avec le pouce sur la tête déplacée. Cette divergence d'opinion sur le premier point vient de ce que les seconds considèrent la luxation comme le résultat d'une supination forcée, et croient que le membre après l'accident reste dans la supination vicieuse qui a produit le déplacement; mais nous avons vu qu'il n'en est rien. Il y a plus : dans l'observation publiée par M. Willaume (4), la réduction ne put être

(1) Traité des Mal. des os. T. II, p. 185.
(2) Nouvelle doctr. chir. T. II, p. 115.
(3) Nosograph. T. III, p. 203.
(4) Archives gén., année 1828. T. XVI, p. 179.

obtenue par le second moyen, tandis qu'elle le fut avec une extrême facilité en portant la main dans la supination ; mais à ces manœuvres, on doit en joindre une autre, qui a pour but de diminuer l'action du biceps et du rond pronateur, c'est de fléchir légèrement l'avant-bras sur le bras, et enfin de pratiquer l'extension sur le radius seul, en inclinant la main vers le bord cubital. C'est à l'aide de ces moyens combinés que nous sommes parvenus sans peine à faire rentrer la tête du radius dans sa place accoutumée.

Pour maintenir la réduction, on peut, dans le cas de luxation simple, appliquer sur l'extrémité du radius une compresse graduée que l'on fixe à l'aide d'un bandage spiral, et le bras est tenu dans la demi-flexion à l'aide d'une écharpe. Dans les cas où il y a complication, il faut nécessairement subordonner ses manœuvres à l'urgence des circonstances présentes.

Historique. — *Hippocrate* revient à plusieurs reprises sur les luxations du coude, dans le *Traité des fractures* d'abord, puis dans celui des *Articles*, et enfin, dans le *Mochlique*, mais sans distinguer les cas dans lesquels le radius s'est seul déplacé. Celse (1) ne parle que des déplacemens des deux os ou du cubitus seul, et Galien (2), dans ses Commentaires sur Hippocrate, n'ajoute rien aux considérations du Père de la médecine sur les luxations du coude. On trouve quelque chose de plus satisfaisant dans le livre d'Héliodore, sur les machines, transmis jusqu'à nous par Oribaze (3), et qui fait regretter plus vivement la perte de ses autres écrits. Nous lisons au chapitre XIV, intitulé : *De Cubito et Radio*, les passages suivans dont le sens de saurait être un instant douteux : « *Moretur perse cubitus interdùm loco et rursùs per se radius diducitur, iis modis quo in opere de articulis declaravimus.* »

Quelques lignes plus bas, il ajoute : « *Sin radius in priorem* PARTEM *convertatur, expedit premendo et circumducendo impellere, quemadmodùm ostendimus ubi utrumquè os in priorem partem elapsum ponebamus : exquisitos autem reponendi modos in opere de articulis exposuimus.* » Héliodore connaissait donc parfaitement la luxation du radius en avant (4). Quant à Paul d'Ægines, il ne fait que copier Hippocrate et Celse. Avicenne avait bien reconnu que les deux os de l'avant-bras pouvaient se luxer séparément, et même il avait remarqué que cet accident arrivait plus rarement au radius et qu'il était accompagné de moins de difformité. Parmi les Arabistes, G. De Salicet (5) ne dit presque rien de la lésion qui nous occupe ; il n'en est pas de même de Guy de Chauliac (6), qui reproduit à-peu-près le passage d'Avicenne. Vigo (1), ne traite que des dislocations des deux os. Tagault (2), dans ses généralités sur les luxations, établit une distinction suivant que l'os *tombe de son lieu* (*exarthrema*), *ou qu'il s'en écarte seulement*, par exemple, *le radius du cubitus* (parathrema). A. Paré (3), Fabrice d'Aquapendente (4), ne nous donnent rien de curieux à noter sur ce sujet. J'en dirai autant de Verduc (5), et même de J. L. Petit (6), qui rejette comme impossible l'écartement des deux os de l'avant-bras. Il faut arriver à Duverney (7) pour voir la question traitée avec détail ; il cite plusieurs auteurs voisins de son époque, qui avaient reconnu la luxation du radius seul, et signalé, comme cause de cet accident, une extension violente ou une chute ; mais il ne parle pas du transport de l'os en avant. La luxation qu'il décrit n'est qu'une luxation incomplète du radius sur l'humérus ; car il pense que les deux os de l'avant bras sont trop fortement unis ensemble pour pouvoir être complètement disjoints. En 1786, Rouyer présenta à l'Académie royale de chirurgie un mémoire sur le diastasis, qui fut couronné la même année, et dans lequel il rapporte quatre cas de luxation du radius en avant. Ce mémoire n'est point imprimé, du moins à ma connaissance. Le même chirurgien (8) publia, en 1818, une notice dans laquelle il donne un extrait de son mémoire, et qui contient une description bien faite sous le rapport symptomatologique. Mais déjà Leveillé (9), Delpech (10) et Richerand (11) avaient décrit, comme s'observant dans la pratique, le déplacement en avant ; ils lui avaient assigné pour cause une supination forcée, et pensaient que le membre restait dans cette position. Cependant, dit Delpech, on a vu le membre dans l'attitude contraire, ce qui l'étonne beaucoup. Nous avons fait voir plus haut que ce que Delpech croyait une exception, était le cas le plus commun. Dans le même temps, Boyer niait l'existence de cette luxation et ne voulait reconnaître que celle en arrière. Contradictoirement à cette opinion, M. Willaume publia, dans les *Archives*, l'observation dont nous avons parlé, qu'il accompagne de réflexions extraites en grande partie de la notice de Rouyer. Mais l'ouvrage dans lequel la question se trouve le plus largement développée, c'est le Traité de Sir A. Cooper : *On Dislocations and fractures* : seulement on regrette que les observations rapportées par l'auteur soient aussi incomplètes. Après tant d'auteurs qui mentionnent cette maladie et apportent leurs preuves à l'appui, je suis étonné que M. San-

(1) Lib. VIII, cap. XVI.
(2) *Charter.* T. XI, *passim.*
(3) *Charter.* T. XI, p. 564.
(4) Liv. VI, cap. CXV ; et T. II, lib. 2, fen. 5, tract. 1, cap. XV, p. 177.
(5) Traité 3, cap. XXII.
(6) Traité V, doct. II, chap. V, p. 406, trad. de Jourdain.

(1) Lib. VI, *Tract. de dislocat.*, cap. V.
(2) Liv. V, chap. Ier.
(3) Liv. XVI, chap. XXX.
(4) Part. I, liv. V, chap. V.
(5) Pathol. de chir. T. I, p. 518.
(6) Traité des Mal. des os. T. I, p. 189.
(7) *Loc. citat.*
(8) Journal général de Méd., avril 1818.
(9) Nouv. doct. chir, T. II, p. 114.
(10) Mal. rép. chir. T. III, p. 95.
(11) Nosographie. T. III, p. 203.

son, dans l'article si complet d'ailleurs qu'il a publié dans le Dictionnaire en 15 vol., adoptant l'opinion de Boyer, ne veuille admettre que la luxation en arrière. Je terminerai par une remarque générale sur la luxation : c'est qu'il est impossible de fixer *à priori* des limites aux déplacemens des os, et en effet, on rencontre à cet égard les désordres les plus bizarres et les plus inexplicables.

Luxations latérales du radius. — Hors une observation citée dans le *Traité des fractures et luxations*, de sir A. Cooper (1), je ne connais pas, dans les auteurs, d'exemple de luxation latérale du radius.

Voici le cas rapporté par le chirurgien anglais :

M. Freeman a montré à sir A. Cooper un homme de 35 ans qui, à l'âge de 12 ans, fut emporté par son cheval, et heurta violemment du coude contre un arbre, tandis qu'il portait en avant son bras fléchi pour préserver sa tête. L'olécrâne fut brisé, et le radius luxé en dehors en haut du condyle externe de l'humérus. Quand le bras est fléchi la tête du radius dépasse l'humérus. Cet individu peut se servir de son bras, mais la flexion et l'extension ne peuvent être effectuées complètement.

Il y a quelque temps, le hasard m'a offert un cas semblable à la consultation de l'hôpital St.Louis, et je regrette vivement que le malade qui me l'a présenté ait manqué à la promesse qu'il m'avait faite de revenir me voir. Voici ce que mon souvenir me retrace de ce fait : L'accident est arrivé dans l'enfance, je crois, à l'occasion d'une chute. Depuis lors le radius est resté en dehors de l'articulation. Quand l'avant-bras est fléchi, la tête du radius fait une saillie considérable en dehors de l'épicondyle ; et non-seulement le doigt peut sentir et apprécier les formes de la capsule qui termine le radius, mais même la peau conserve habituellement en ce point une dépression qui s'est moulée sur la tête de l'os déplacé. Les mouvemens de flexion et d'extension s'exécutent avec facilité, le malade n'est nullement gêné par cette conformation vicieuse de l'articulation du coude.

Tout incomplet qu'il est, ce fait m'a paru assez intéressant pour devoir être publié à la suite de ceux qu'on vient de lire.

II. LUXATIONS DE LA JAMBE.

La luxation de la jambe en avant est une affection tellement rare, que plusieurs auteurs modernes en donnent une description qui paraît plutôt fondée sur le raisonnement que sur l'observation. Le fait que je vais rapporter est le premier que j'aie rencontré ; et nous verrons, en terminant, que plusieurs auteurs anciens l'ont niée positivement.

Les observations qui existent déjà dans la science se trouvent éparses dans plusieurs ouvrages et me semblent peu connues. Je ne crois donc pas hors de propos d'en rapporter ici quelques-unes, afin de les comparer à la nôtre et d'en tirer quelques conséquences générales.

1° Sir A. Cooper, auquel on doit tant d'observations intéressantes sur les maladies des os, rapporte, dans ses *Essais de chirurgie* (1), l'histoire un peu trop abrégée d'un homme qui entra à l'hôpital de Guy, avec une luxation du tibia en avant, et une fracture compliquée de l'autre jambe. Les signes étaient les suivans : élévation du tibia et abaissement du fémur qui était porté un peu en arrière. Le fémur exerçait une telle pression sur l'artère poplitée, que l'on ne sentait pas battre la tibiale antérieure sur le pied. La rotule et le tibia étaient portés en avant. La réduction eut lieu avec une grande facilité, et à peine fût-elle obtenue, que les battemens reparurent dans les divisions de l'artère poplitée.

On lit dans les *Archives générales de médecine* (2), que M. Duvivier présenta, en 1829, à l'Académie de Médecine, un officier supérieur des gardes-du-corps, qui, l'année précédente, avait fait une chute de cheval et s'était *luxé* le genou de telle sorte que le tibia était en devant et en dehors du fémur : la réduction fut facile. On ne dit pas comment elle fut faite. Le blessé *guérit parfaitement*, sauf un peu de gêne dans les mouvemens de flexion, qui persistait encore à l'époque où cette observation fut rendue publique.

Je trouve dans le même recueil (3) le fait suivant, emprunté à une thèse soutenue par M. Garnier, à la Faculté de Montpellier. Un jeune homme étant sur le pont d'un bâtiment pendant une manœuvre, eut la cuisse violemment frappée par un cable qui se raidit brusquement. On l'examina sur-le-champ, et on reconnut que le genou était déformé. La jambe était immobile, un peu raccourcie, et le pied dans sa rectitude naturelle. Mobilité de la rotule en tous sens, et de chaque côté de cet os dépression marquée. Les extenseurs de la jambe étaient relâchés, et les fléchisseurs au contraire fortement tendus. Les condyles faisaient en arrière une saillie bien marquée. La réduction n'offrit aucune difficulté, et fut suivie de douleurs légères que calmèrent des fomentations émollientes et le changement de la position droite du membre en la situation demi-fléchie. Au bout de *dix jours* le blessé put faire quelques pas sans soutien étranger, et un mois après il marchait facilement, quoique le genou fût encore un peu raide.

Observation. — Le 4 décembre, est entré dans mon service, le nommé Regnier, charpentier, âgé de 36 ans, homme doué d'une vigoureuse constitution et d'un tempérament pléthorique.

Le jour même, dans la matinée, il travaillait au quatrième étage, à la cage d'un escalier ; en passant sur des charpentes, chargé d'une grosse pièce de bois,

(1) Page 354. *Loc. cit.*

(1) Tome II, page 197.

(2) Tome XX, an. 1829 1 p. 292.

(3) Tome XXVI, an. 1831, p. 420.

le pied lui manqua, et il fut précipité de cette hauteur dans un escalier de cave. La tête ne porta pas, il ne perdit pas connaissance, mais il ne put se relever et sentit immédiatement une douleur aiguë et une tension très-forte dans l'articulation du genou gauche. Transporté aussitôt à l'hôpital Saint-Louis, nous l'examinâmes soigneusement, et voici ce que nous reconnûmes :

La jambe gauche était d'un demi-pouce plus courte que celle du côté opposé, et légèrement fléchie en arrière. En palpant l'articulation, il était facile de constater que le tibia avait subi un double déplacement, et qu'il s'était porté en avant et en dedans du fémur. Ainsi, la tubérosité interne du tibia était saillante à la partie antérieure interne, à tel point qu'on pouvait, en déprimant la peau, plonger la main dans la cavité articulaire qui reçoit le condyle interne du fémur, et toucher l'épine supérieure du tibia. La tubérosité externe était cachée sous le tendon de la rotule, et sous la rotule elle-même; le condyle interne tendait violemment le faisceau des muscles internes du jarret, dont il était recouvert, et la main ne pouvait en apprécier exactement les formes; le condyle externe, moins reculé en arrière, tendait aussi très-fort le biceps et la tête correspondante du jumeau. — L'épine antérieure du tibia, la facette triangulaire qui la surmonte, et le tendon rotulien, étaient tellement saillans en avant, que je pris d'abord l'éminence qu'ils formaient pour la rotule; mais je reconnus bientôt que celle-ci était immédiatement au-dessus, couchée obliquement sur la surface supérieure du tibia, entre cette extrémité et le fémur, où elle se trouvait retenue par les muscles extenseurs de la jambe, bridés eux-mêmes par l'aponévrose fémorale. Au-dessus et en dehors du genou, existait un gonflement œdémateux très-considérable; le mollet était également altéré dans ses formes.

Le malade ne *pouvait* fléchir la jambe, et y ressentait une douleur sourde, qui s'exaspérait dès qu'on voulait lui faire exécuter le moindre mouvement. Le diagnostic ne pouvait offrir de difficulté; le tibia était luxé en avant et en dedans du fémur, mais incomplètement dans ce dernier sens; ainsi, la tubérosité interne dépassait le condyle correspondant du fémur, et la tubérosité externe était en rapport avec la gorge qui sépare les condyles.

Outre ce grave désordre du côté du genou, le malade présentait encore une fracture de côtes que je mentionne ici seulement, et qui n'a rien offert de bien remarquable dans sa marche. Je reviens donc à ce qui fait le sujet de cet article. Le malade avait été apporté à midi, et presque sur-le-champ, une cinquantaine de sangsues furent appliquées sur le genou, et de plus une forte saignée fut pratiquée. A cinq heures du soir, nous procédâmes à la réduction. Un lac fut solidement fixé à la partie inférieure de la jambe, jusqu'aux tubérosités du tibia, afin de répartir les puissances extensives sur les plus larges surfaces possibles. Trois aides devaient exercer des tractions à un signal donné, d'autres maintenaient le blessé immobile dans son lit. Tandis que les personnes chargées de ce soin pratiquèrent l'extension, je refoulai l'extrémité supérieure du tibia en bas et en arrière et en dehors; alors un craquement se fit entendre, et le genou ayant repris sa forme naturelle, nous fûmes convaincus que la réduction s'était effectuée. Les manœuvres ne causèrent pas une douleur très-violente au malade, et tout fut d'ailleurs bien promptement terminé. (Compression du genou et lotions froides sur le bandage). La nuit fut très-calme.

Le lendemain matin à la visite, le malade put, à notre grand étonnement, soulever seul le membre blessé : il n'y éprouvait pas la moindre douleur. Il en fut de même des jours suivans. Deux autres saignées furent encore faites pour calmer quelques accidens survenus du côté de la poitrine. Le 19 décembre, quinze jours après l'accident, il essaya de marcher, mais sa jambe était encore trop faible pour le soutenir. Aujourd'hui 25 décembre il se lève et marche très-facilement, le genou conserve à peine un peu de faiblesse.

Causes. — Pour que la luxation du tibia en avant soit produite, il faut que la partie inférieure du fémur soit fortement portée en arrière, tandis que le tibia est entraîné en sens contraire ou retenu en place. C'est ce qui est arrivé chez le malade de M. Garnier. Comment le déplacement a-t-il eu lieu chez notre sujet? Il est impossible de le déterminer d'une manière précise, puisqu'il ignore complètement les circonstances de sa chute.

Symptômes. — 1° *Raccourcissement du membre.* Ce phénomène s'explique naturellement par la position des parties déplacées. Il est peu marqué. Cependant il est noté par Sir A. Cooper et M. Garnier. Dans notre observation, il y avait à-peu-près une différence d'un demi pouce entre les deux membres.

2° *Flexion du membre en arrière.* Elle était très-faible; cette position du membre n'a pas été bien indiquée par les auteurs, et pourtant elle a dû se présenter dans les différens cas que nous avons cités. On en comprendra aisément la raison si l'on se rappelle la loi que nous avons déjà signalée à plusieurs reprises, sur la direction des os luxés, et l'état de tension extrême des muscles fléchisseurs. Aussi je ne conçois guères comment la jambe pourrait être fléchie sur la cuisse de manière à former avec elle un angle saillant en arrière, ainsi qu'on l'a prétendu.

3° *Immobilité du membre.* Nous avons pu constater que, contradictoirement à l'opinion de MM. Boyer, Sanson, etc., la jambe était immobile sur la cuisse; la même chose s'est rencontrée dans l'observation de M. Garnier, et probablement dans les autres; car, pour que la jambe fût mobile sur la cuisse, comme le veulent les auteurs que je viens de citer, il faudrait que tous les ligamens, et même les insertions tendineuses, fussent déchirées et rompues, et nous verrons plus loin que le désordre n'est pas aussi grave qu'on l'a pensé.

4° *Déformation du genou.* La présence de l'extrémité supérieure du tibia au-devant des condyles du fémur, amène nécessairement une grande déformation

du genou. Quand le gonflement n'est pas trop considérable, on peut apprécier avec toute la rigueur possible la forme des parties déplacées, et dès-lors reconnaître exactement l'étendue et la nature du déplacement ; c'est ce qui nous est arrivé.

5° *Déplacement.* Le tibia n'est pas toujours porté seulement en devant ; il se trouve, dans certains cas, entraîné en même temps, soit en dedans, soit en dehors. Notre observation et celle de M. Duvivier le démontrent.

6° Sir A. Cooper a noté un accident assez curieux et que j'ai pu constater sur mon malade ; je veux parler de la pression éprouvée par l'artère poplitée qui détermine la suppression des battemens dans ses divisions. Du reste, ce phénomène n'a aucune valeur comme signe diagnostique.

7° *La douleur* n'a pas été aussi violente qu'on pourrait le penser ; elle s'exaspérait et devenait très-forte quand on essayait de faire exécuter au membre quelques mouvemens ; mais à l'état de repos elle était tolérable.

Diagnostic. Je ne vois guère que la fracture du fémur immédiatement au-dessus des condyles, qui puisse simuler la luxation du tibia en avant. Dans cette fracture, les muscles jumeaux et poplité font basculer le fragment inférieur sur la surface articulaire du tibia, portent son extrémité supérieure dans le creux du jarret, et déforment le genou. Il serait donc possible, au premier abord, de se méprendre ; il serait possible aussi de confondre une luxation avec une fracture, si l'on y regardait avec peu d'attention, surtout avec l'idée qu'ont beaucoup de chirurgiens de l'impossibilité d'un déplacement complet du tibia en avant. On pourra éviter l'erreur, si l'on fait attention que dans la fracture les surfaces articulaires sont encore en contact ; et dès-lors saisissant fortement les condyles de manière à les maintenir immobiles, on pourra faire exécuter à la jambe des mouvemens de flexion et d'extension mécaniquement impossibles dans la luxation. Si l'état des parties le permet, on sentira à travers la peau dans le creux poplité, les inégalités de la surface de la cassure ; une extension médiocre, et quelques pressions exécutées d'arrière en avant sur l'os déplacé, pourront le ramener au niveau du fragment supérieur, et alors la crépitation pourra ne laisser aucun doute sur la véritable nature de l'accident. Enfin la rotule est saillante dans la fracture, et couchée obliquement sur l'extrémité supérieure du tibia dans le cas de luxation.

Il serait impossible de confondre la luxation en avant avec celle en arrière ; le volume des éminences osseuses déplacées s'oppose à toute méprise de ce genre.

Etat des parties. — Sir A. Cooper (1) est le seul à ma connaissance qui nous ait transmis des détails d'anatomie pathologique sur cette affection. Dans un cas de luxation du tibia en avant, compliquée de lésion grave des parties molles, et pour lequel on pratiqua l'amputation, le chirurgien anglais reconnut une déchirure du muscle gastro-cnémien externe ; le nerf sciatique, l'artère et la veine poplitée, les *ligamens latéraux et croisés*, n'avaient pas été blessés. Mais ici le déplacement n'était pas complet ; le condyle externe du fémur était seul a passé derrière le tibia.

Chez notre malade, l'inspection des parties faisait aisément connaître quels étaient les rapports nouveaux qu'elles affectaient, et il était facile de voir, comme nous l'avons exposé plus haut, que l'extrémité supérieure du tibia était située en avant et en dedans du fémur. D'un pareil désordre devait nécessairement résulter, 1° une déchirure du ligament latéral interne ; 2° au moins une violente distension de l'externe ; 3.° une déchirure de l'aponévrose fémorale en dedans et en dehors ; 4° une rupture, ou peut-être seulement, un tiraillement des ligamens croisés. Cependant il n'est guère possible que l'interne ait pu conserver sa continuité : et enfin distension des vaisseaux et nerfs poplités. L'artère était comprimée à tel point, que ses battemens n'étaient plus perceptibles au jarret.

Pronostic. Lorsqu'on examine l'articulation du genou, on est frappé de la force, du nombre et de la disposition particulière des moyens d'union dont l'ensemble est admirablement disposé pour la solidité et pour les mouvemens que la jambe doit exécuter sur la cuisse. Aussi n'est-il pas étonnant que certains chirurgiens aient regardé comme si graves les luxations complètes du genou, qu'ils n'ont pas craint de proposer l'amputation comme seule et unique ressource à laquelle on devait avoir promptement recours si l'on ne voulait voir survenir une inflammation terrible, la gangrène, etc. C'est ainsi que J. L. Petit, Duverney, Heister lui-même, quoique l'observation si connue qu'il rapporte eût dû le désabuser, posent en principe l'ablation du membre dans les luxations complètes du tibia sur le fémur. Depuis, Boyer, tout en citant les faits empruntés à Lamotte et à Heister, persiste à regarder cette affection comme excessivement grave. D'après les exemples que nous avons rappelés au souvenir des chirurgiens, il n'est plus permis de proposer un moyen aussi extrême. Faisons toutefois une réserve pour tous les cas que cite A. Cooper (1), et dans lesquels l'articulation était ouverte et les parties molles déchirées et contuses. Quant aux dangers consécutifs, ils sont ceux des lésions articulaires, et déjà Fabrice de Hilden (2) avait remarqué que les *contorsions* des articulations donnaient lieu à des caries quelquefois mortelles. C'est ce que l'expérience démentre chaque jour. Il faut donc engager les malades à ne pas même fatiguer l'articulation lésée, et à porter une genouillère ou une bande compressive pendant quelque temps.

Traitement. — Je m'arrêterai fort peu sur la réduction ; elle n'offre rien de particulier ; ce que nous avons dit plus haut de la manière dont nous l'avions obtenue,

(1) OEuv. chir. T. II, p. 210.

(1) Tome II, p. 208.

(2) Cent. II, obs. XC.

suffit pour faire comprendre ce qu'il convient de faire en pareil cas. Après la réduction et pour prévenir l'inflammation, la compression et des compresses résolutives froides fréquemment arrosées furent appliquées sur le genou. De la glace, si l'on en avait à sa disposition, serait très-bonne, employée d'une manière permanente pendant plusieurs jours. Quant à l'amputation proposée comme seul moyen de sauver le malade dans le cas de luxation complète, nous venons de voir ce qu'il fallait en penser.

Historique. — L'histoire de cette luxation offre ceci de curieux que presque tous les auteurs anciens ont contesté son existence; il faut pourtant en excepter Celse (1) qui, tout en admettant seulement les déplacemens latéraux et en arrière, rapporte que Megès a vu et guéri un malade atteint de luxation en avant. La raison que ces écrivains donnaient pour nier la possibilité de cette lésion, c'est l'obstacle qu'y opposait la rotule. A. Paré (2) admet le transport du tibia en avant, mais il le croit fort rare. J. L. Petit ne croit guère aux luxations complètes, et il porte sur elles le plus fâcheux pronostic. Plus exagéré encore, Duverney le regarde comme imaginaires. Admises et reconnues dans ces derniers temps, ce n'est qu'avec la plus grande réserve, et en quelque sorte conditionnellement, que Boyer les décrit, qu'il en trace les symptômes. Cet exposé, joint à ce que nous avons dit plus haut, suffit pour montrer combien l'histoire des maladies des os, et surtout celle des luxations, a besoin de faits et de recherches pour arriver à cette apogée auquel plusieurs personnes la croient parvenue.

III. FRACTURE DU GENOU.

Nous venons de voir que la déchirure des ligamens et les désordres qui se passent dans l'articulation du genou lors d'une luxation, n'offraient pas tous les dangers dont les auteurs classiques nous ont tracé l'effrayant tableau. L'ouverture d'une articulation n'est-elle redoutable que quand il y a communication avec l'air extérieur? C'est ce que semblent prouver les observations que nous venons de citer, et ce que semblent confirmer les fractures de la rotule et des condyles du fémur, dans lesquelles l'articulation est aussi intéressée.

1° *Fractures de la rotule.* — Ces fractures ne sont pas rares, et si nous en citons un exemple, c'est pour faire ressortir le peu de danger de ces lésions, quoique l'articulation soit ouverte à l'épanchement du sang, et pour démontrer qu'à l'aide d'un appareil convenable une *réunion exacte* peut-être obtenue.

Observation. — Mercier (Pierre), âgé de 34 ans, maçon, est doué d'une bonne constitution et habituellement bien portant. Le 28 juin 1834, dans la matinée, il montait une échelle la tête chargée d'une auge remplie de plâtre. Parvenu à la hauteur de trente pieds environ, il manqua un échelon qu'il voulait saisir avec la main, et l'auge le portant en arrière il tomba sur un tas de moellons. La tête porta sur l'angle d'une pierre, et le coin de l'auge le frappa violemment au genou gauche. Mercier ne perdit pas connaissance; il se releva sur-le-champ, et put faire une trentaine de pas, la jambe blessée étant maintenue étendue. Il monta ainsi dans un fiacre, traînant après lui la jambe gauche. Arrivé à l'hôpital, le malade put ainsi monter l'escalier, et gagner son lit sans trop de difficulté. Outre une plaie de tête peu grave, et dont la guérison n'offrit rien de particulier, l'examen du genou gauche nous fit reconnaître une fracture transversale de la rotule avec écartement d'un demi-pouce environ. Le bandage *invaginé* des plaies en travers fut appliqué avec la précaution de mettre des compresses graduées au-dessus et au-dessous de la rotule, ce qui rendait la coaptation plus exacte encore (1). La jambe fut fixée dans l'extension à l'aide d'une attelle et d'un bandage spiral qui s'étendait de la fesse au talon. Un coussin de balle d'avoine interposé entre le membre et l'attelle, empêchait que la pression de celle-ci ne devînt incommode au malade. Tout l'appareil reposait sur un plan incliné qui maintenait la cuisse fléchie sur le bassin. Quelques douleurs légères qui existaient pendant les premiers jours ne tardèrent pas à se dissiper. Le bandage fut soigneusement resserré chaque fois qu'il se relâchait. Une seule fois il fut renouvelé en entier. Enlevé le 6 août, le 48e jour après l'accident, la fracture nous parut parfaitement consolidée. Comparée à celle du côté sain, la rotule n'offrait pas une demi-ligne de différence pour la longueur. Le doigt ne sentait ni dépression, ni la moindre inégalité; seulement il nous parut que les bords latéraux étaient légèrement irréguliers; ainsi le fragment supérieur semblait s'être porté légèrement en dehors et l'inférieur en dedans.

Au bout de quelques jours le malade put marcher, quoique l'articulation malade conservât encore un peu de raideur.

Voilà une fracture de la rotule déterminée par une violence extérieure grave, et tous les accidens se bornent à quelques douleurs ressenties pendant trois ou quatre jours, et néanmoins dans ces fractures l'articulation est nécessairement ouverte. Cette observation est une preuve de plus à joindre à toutes celles qui existent déjà, que la réunion de ces fractures peut se faire très-exactement. Les pièces pathologiques l'ont déjà prouvé. Pour obtenir une consolidation exempte de difformité, il faut que les fragmens soient maintenus dans un contact exact, et tel est le but que l'on doit se proposer dans l'application de l'appareil. Celui auquel nous donnons la préférence, et qui nous a toujours réussi, c'est le bandage unissant des plaies en travers, avec la précaution de mettre des compresses graduées au-dessus et au-dessous de la rotule pour favoriser encore davantage le rapprochement des fragmens; ces moyens sont heureusement secondés par la flexion de la cuisse sur le bas-

(1) Lib. VIII, cap. 21.
(2) Lib. XVI, chap. 4.

(1) Voyez Traité des bandages, page 281.

sin. Cette flexion détermine le relâchement des muscles extenseurs de la jambe, dont l'action, comme on sait, porte sur la rotule et écarte les fragmens. Du reste, le défaut de réunion exacte n'offre pas de grands inconvéniens. J'ai cité, dans ma *Physiologie* (1), l'observation d'un homme qui, malgré une fracture consolidée avec écartement, pouvait encore faire jusqu'à sept lieues par jour, et j'en ai donné l'explication.

2° *Fracture des condyles.*

C'est à Desault qu'appartient le mérite d'avoir le premier signalé, à l'attention des chirurgiens, les fractures des condyles de l'humérus et du fémur, et d'avoir démontré que les fractures pénétrant dans les articulations étaient beaucoup moins graves que les anciens ne l'avaient prétendu: cette opinion a été habilement développée par Bichat dans les *Œuvres chirurgicales de Desault*, et il a fait sentir toutes les hypothèses absurdes sur lesquelles les auteurs avaient fondé leurs craintes. L'observation que nous allons rapporter est bien propre à confirmer ces idées, et à faire voir que le nombre des cas de fractures dans lesquelles l'amputation immédiate a été conseillée est beaucoup plus restreint que certains chirurgiens ne le pensent.

Observation. — Prévost (Etienne), vidangeur, âgé de 32 ans, d'une constitution vigoureuse, était occupé à décharger une voiture, lorsqu'un tonneau du poids de douze à quinze cents livres vint lui frapper violemment la cuisse droite et le renversa par terre. Il lui fut impossible de se relever, et on le transporta à l'hôpital Saint-Louis le 13 mai 1833, quelques heures après l'accident.

Au moment de son arrivée tout le genou droit était énormément gonflé. Au niveau du condyle interne du fémur existait une tumeur d'une couleur violacée, d'un volume égal à celui du poing; la cuisse était légèrement infiltrée de sang et tuméfiée dans sa moitié inférieure. La jambe ne me sembla pas avoir sa direction naturelle; elle formait avec la cuisse un angle obtus saillant en dedans. Les mouvemens de latéralité du genou paraissaient moins limités que de coutume; enfin la mobilité des condyles et la crépitation qu'ils firent entendre prouvèrent l'existence d'une fracture des condyles. Le malade du reste ne présentait pas d'autre lésion. Cinquante sangsues furent immédiatement appliquées sur le genou, et le membre fut placé sur un double plan incliné. Dans la soirée le membre avait doublé de volume; toute la cuisse était énormément tuméfiée; la moindre pression faisait naître des douleurs atroces. Le pouls large, développé, donnait 90 à 100 pulsations par minute. Il y avait là un épanchement sanguin auquel il fallait donner issue. Je n'hésitai donc pas à pratiquer deux incisions longues de trois pouces environ, l'une en dedans, l'autre en dehors de la cuisse, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation. Il en sortit une grande quantité de sang noirâtre. Quatre-vingt-dix sangsues furent appliquées autour du genou; le malade fut plongé dans un bain. Enfin on enveloppa la cuisse de cataplasmes émolliens. (Limonade; diète).

Le lendemain 14, le malade avait peu dormi, mais les douleurs et le gonflement étaient bien moindres; le pouls était aussi moins développé, moins fréquent. (Bain; cataplasmes émolliens; diète).

Les jours suivans, l'amélioration continua d'une manière notable, et le malade commençait même à prendre quelques alimens, lorsque dans la nuit du 20 mai il se réveilla en sursaut au milieu d'un rêve pénible, et fit exécuter quelques mouvemens brusques et saccadés au membre blessé. Aussitôt de vives douleurs se manifestèrent dans le genou, et le gonflement reparut. Cependant ces accidens, dont on pouvait craindre les suites, cédèrent à une application de soixante sangsues, qui fut faite sur-le-champ.

Le 21 au matin, la douleur était bien diminuée, le membre fut placé sur le double plan incliné formé de coussins, et il fut fixé par des draps pliés en cravate. Dès-lors l'état du malade cessa d'inspirer la moindre inquiétude. De temps en temps on eut soin de renouveler le plan incliné. Les deux incisions furent maintenues rapprochées avec des bandelettes agglutinatives.

Le 4 juillet, le malade commençait à marcher assez librement; sa guérison fut retardée par quelques douleurs rhumatismales qui se développèrent dans le membre inférieur gauche, et le forcèrent de garder le lit pendant quelques jours encore; mais elles furent bientôt dissipées sous l'influence des bains de vapeur, et Prévost put se lever et marcher conservant encore un peu de raideur dans le genou droit.

Ici le désordre était bien plus considérable que dans le cas précédent: la fracture des condyles et l'état des parties molles révélaient suffisamment un épanchement sanguin dans la capsule articulaire, et pourtant tout a promptement cédé aux émissions sanguines abondantes, (140 sangsues dans les premières 24 heures), qui furent mises en usage. Si quelques jours après, à la suite des mouvemens involontaires, la douleur et le gonflement reparurent, soixante sangsues dissipèrent en quelques heures ces symptômes alarmans.

Mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os; lu à l'Académie des Sciences, le 10 *novembre* 1834; par M. Bérard jeune, agrégé en exercice de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hospice de la Salpétrière.

L'étude d'une science serait hérissée de difficultés presqu'insurmontables si des lois simples, applicables à un grand nombre de faits, ne venaient soulager la mémoire en montrant à l'esprit le lien qui les unit. Mais

(1) Tome Ier, page 424.

certaines sciences, moins que d'autres, semblent se prêter à la généralisation des faits particuliers, et malgré les travaux de zoologistes célèbres, celle des corps organisés doit peut-être encore être rangée parmi celles qui, sous ce rapport, sont le moins bien partagées. Cette considération m'engage à faire connaître aujourd'hui une loi d'ostéogénie qui n'a encore, que je sache, été signalée par personne. Si, au premier abord, cette découverte n'offre d'autre utilité que d'aider la mémoire, plus tard, peut-être elle donnera lieu à des conséquences d'un plus haut intérêt : car il est peu de vérités qui demeurent stériles.

Depuis les recherches faites par un grand nombre d'anatomistes du siècle dernier et de celui-ci sur la formation des os, on sait que les os longs se développent par des points d'ossification distincts, un pour le corps, et un ou plusieurs pour les extrémités; on sait également que l'ossification du corps est la plus précoce; que celle de chaque extrémité d'un même os, beaucoup plus tardive que celle du corps, n'apparaît pas à la même époque aux deux bouts de celui-ci; que l'extrémité ou épiphyse se soude entièrement avec le corps de l'os ou la diaphyse, par l'ossification du cartilage qui les séparait, et que cette union ne se fait pas à la même époque de la vie dans les deux bouts d'un même os; on sait enfin que les épiphyses qui s'ossifient le plus tard, sont en général celles qui se réunissent le plus tôt au corps de l'os.

Malgré l'exactitude de ces connaissances, il est encore fort difficile, un os long des membres étant donné, de se rappeler quelle est celle de ses extrémités qui s'ossifie la première, quelle est celle qui se soude le plus promptement avec le corps de l'os. Obligé d'enseigner chaque année ce point de science aux élèves qui suivent mes cours d'anatomie, j'avais été frappé de cette singularité qu'aux membres supérieurs ce sont les extrémités des os du bras et de l'avant-bras qui se touchent au niveau du coude, qui se réunissent les premières avec la diaphyse, tandis qu'aux membres inférieurs ces mêmes extrémités qui se rencontrent au niveau du genou, sont celles qui restent le plus long-temps séparées. Une autre particularité m'avait également surpris relativement à la direction des vaisseaux nourriciers du corps des os longs; ceux qui se répandent dans le canal médullaire des os du membre supérieur, convergent vers le coude à travers l'épaisseur des parois de l'humérus, du radius et du cubitus; ceux, au contraire, du canal médullaire, du fémur et du tibia, divergent par rapport au genou. Je soupçonnai qu'il pouvait y avoir corrélation entre ces deux dispositions : d'une part, l'époque à laquelle l'épiphyse se réunit à la diaphyse; de l'autre, la direction de l'artère nourricière de l'os, et bientôt je découvris la loi que voici : « *Des deux extrémités d'un os long, c'est toujours celle vers laquelle se dirige le conduit nourricier, qui se soude la première avec le corps de l'os.*

Avant de rechercher l'explication d'un pareil phénomène, je vais établir l'exactitude de la proposition qui précède, en exposant rapidement la marche de l'ossification dans les différens os longs, comparée à la direction de leurs conduits nourriciers.

Humérus Son conduit nourricier traverse l'épaisseur de l'os, obliquement de l'extérieur, à l'intérieur; et de la tête de l'os vers son extrémité cubitale; en d'autres termes, il est dirigé vers le coude; l'extrémité cubitale de l'humérus se réunit avec le corps, long-temps avant que le sujet ait pris tout son accroissement, tandis que la supérieure ou la tête demeure distincte et séparée jusqu'après cette dernière époque.

Cubitus. Son conduit nourricier traverse obliquement l'épaisseur de l'os de l'extérieur à l'intérieur, et de son extrémité carpienne vers son extrémité humérale; en d'autres termes, il se dirige vers le coude. L'épiphyse humérale de l'os se soude avec le corps long-temps avant l'épiphyse carpienne qui demeure distincte jusqu'à la puberté et au-delà.

Radius. Son conduit nourricier a la même direction que celui du cubitus; son épiphyse supérieure se réunit à la diaphyse plusieurs années avant l'inférieure.

Fémur. Son conduit nourricier, qui est quelquefois double, se dirige vers la tête de l'os : l'extrémité supérieure se réunit avec le corps plus tôt que l'extrémité inférieure.

Tibia. Son conduit nourricier se dirige vers l'extrémité tarsienne de l'os : c'est également cette extrémité qui se confond avec le corps long-temps avant la supérieure.

Péroné. Son conduit nourricier est ordinairement dirigé comme celui du tibia; ordinairement aussi son épiphyse inférieure se soude avant l'autre; mais chez certains sujets, le conduit traverse directement l'épaisseur de l'os : chez d'autres même, il se dirige en haut, ou bien il en existe deux qui ont chacun une direction opposée. On ne sera pas surpris, d'après cela, d'apprendre que le péroné soit le seul des os longs qui présente des anomalies relativement à l'époque à laquelle ses épiphyses se réunissent au corps, et que parfois son extrémité supérieure soit moins long-temps distincte que l'inférieure, quoiqu'en général le conduit nourricier soit dirigé vers cette dernière.

A la main et au pied, il existe des os longs; mais ceux-ci, au lieu d'avoir trois points distincts d'ossification, n'en présentent plus que deux; un, propre à une des extrémités, et le second, commun au corps et à l'autre extrémité. Il devenait intéressant de savoir si ces petits os longs étaient pourvus de conduits nourriciers, si ceux-ci avaient une direction oblique à travers l'épaisseur du corps de l'os, et dans ces cas, vers quelle extrémité se dirigeait le conduit nourricier; or, ce que l'on pouvait prévoir, s'est trouvé entièrement confirmé par les recherches auxquelles je me suis livré; et pour tous, le conduit nourricier est dirigé vers l'extrémité qui s'ossifie conjointement avec le corps, comme si la rapidité avec laquelle l'ossification procède du corps vers l'épiphyse ne laissait pas à celle-ci le temps de germer par un noyau osseux distinct. Une

revue rapide de la marche de l'ossification dans ces os confirmera l'exactitude de cette observation.

Premier métacarpien. Son conduit nourricier est dirigé vers le pouce; or, c'est son extrémité phalangienne qui est, dès le principe, confondue avec le corps de l'os, tandis que l'extrémité carpienne en reste long-temps distincte.

Métacarpiens suivans. Le conduit nourricier des quatre derniers métacarpiens se dirige vers leur extrémité carpienne; de ce côté il n'y a pas d'épiphyse qui s'ossifie isolément. On en observe une, au contraire, sur l'extrémité phalangienne de ces os.

Premier métatarsien. Son conduit nourricier se dirige vers le gros orteil; il y a absence d'épiphyse isolée vers cette extrémité.

Métatarsiens suivans. Les quatre métatarsiens suivans ont leur conduit nourricier opposé aux orteils; aussi leur extrémité tarsienne n'est-elle point épiphysaire.

Enfin, les phalanges de la main et du pied présentent toutes une direction uniforme dans leur conduit nourricier qui se porte vers leur extrémité unguéale; toutes aussi n'offrent pas de point distinct d'ossification dans cette extrémité, tandis que l'extrémité métacarpienne et métatarsienne de ces mêmes phalanges se développe par un noyau osseux long-temps séparé du reste de l'os.

En rapprochant tous ces faits, il n'est pas possible d'admettre qu'il n'y ait ici qu'un rapport fortuit entre la direction des conduits nourriciers des os longs et la promptitude de la réunion des épiphyses, et l'on ne peut méconnaître l'influence que la disposition anatomique exerce sur le phénomène physiologique. Cette influence tient sans doute à la modification que la direction du conduit nourricier imprime au cours du sang artériel, dont l'action est si puissante sur le phénomène de la formation des os. Déjà Haller (1) a constaté que la présence des artères est la condition essentielle de l'ossification; que partout où l'os se forme, on voit en même temps apparaître des vaisseaux sanguins; les artères nourricières donnent chaque jour passage à une quantité de sang plus considérable; les ramifications rouges indiquent d'une manière exacte les limites de la partie osseuse du corps de l'os; chaque jour les extrémités de ces artères se propagent plus loin du centre de l'ossification et semblent chasser le cartilage devant elles. Les anatomistes qui ont répété les expériences de Haller ont tous constaté l'apparition des vaisseaux rouges dans les points où la matière osseuse se développe. Aussi, toutes les hypothèses émises au sujet de la cause première de l'ossification roulent sur la manière dont les artères versent le suc osseux.

Il est vrai que les traducteurs de l'Anatomie de Meckel (1) ont avancé, dans une note jointe à la traduction de l'ouvrage, que les branches qui composent l'artère nourricière d'un os long se distribuent à la membrane médullaire et semblent étrangères à la nutrition du tissu osseux qu'elles ne pénètrent pas. Mais cette assertion est en opposition avec le résultat des expériences de Haller, déjà citées, et avec cette observation de Béclard (1), que le lieu où apparaît le premier point osseux dans le cylindre des os longs, répond à l'endroit où plus tard se trouve l'artère médullaire.

Comment donc la direction du canal nourricier peut-elle exercer quelque influence sur la rapidité avec laquelle marche l'ossification qui va souder les extrémités des os longs? Serait-ce en rapprochant la distance qui existe entre cette extrémité et l'origine de la branche médullaire qui s'y rend. Quoique l'obliquité du conduit nourricier diminue d'autant la longueur de cette branche, je ne puis croire que l'hypothèse précédente soit l'expression de la vérité; car, malgré le trajet oblique de l'artère à travers les parois du canal médullaire, l'orifice extérieur du conduit nourricier de certains os est tellement rapproché de l'épiphyse qui se réunit le plus tard, que son orifice interne est encore plus près de cette épiphyse que de l'autre; en sorte que la branche rétrograde qui provient de la bifurcation de l'artère nourricière est plus courte que la branche directe. Telle est la disposition que présentent les vaisseaux médullaires du tibia.

Mais si la longueur de chaque branche de l'artère nourricière n'est pour rien dans la rapidité de l'ossification, en est-il de même de la vitesse avec laquelle le sang les parcourt? Je ne le pense pas. Or, il est évident que ce fluide traverse avec plus de rapidité celle de ces branches qui marche selon la direction du tronc commun, que celle qui se recourbe à angle très-aigu, pour gagner l'extrémité correspondante de l'os: il serait superflu de chercher à démontrer ici la vérité de cette assertion; car, bien que Bichat ait consacré un grand nombre de pages de son immortel *Traité d'Anatomie générale*, pour prouver que les courbures des vaisseaux n'exercent aucune influence sur la vitesse avec laquelle le sang les parcourt, plusieurs physiologistes ont admis une opinion contraire, et ont fait valoir en sa faveur des raisonnemens qui ne laissent aucun doute sur ce point de physiologie. Il me semble donc probable que, toutes choses égales d'ailleurs, l'ossification, ainsi que tous les autres phénomènes de la nutrition, doit s'accomplir avec d'autant plus d'énergie que les vaisseaux apportent aux organes un sang mu par une force d'impulsion plus considérable. Si cette influence ne me paraît pas suffisante pour faire admettre l'opinion émise par un des membres distingués de cette Académie, que le développement des artères provoque à lui seul le développement des organes, elle prouve du moins que la circulation artérielle y contribue puissamment. C'est par cette rapidité de la circulation que l'on peut comprendre l'ossification précoce de certains os voisins du

(1) Haller, *Opera minosra. De ossium formatoine.*

(2) Meckel, Manuel d'Anatomie, tome I, p. 301. (Note des traducteurs).

(1) Anatomie génér., p. 466,

cœur, tels que la clavicule, la mâchoire inférieure; c'est à elle peut-être qu'est due l'absence de noyau osseux distinct aux extrémités de la clavicule, quoiqu'elle appartienne à la classe des os longs.

Nous ne pouvons donc penser avec Howship (1), auteur d'un mémoire d'ailleurs très-estimable sur l'ostéogénie, que le mode de circulation le plus favorable à l'ossification est un très-lent et uniforme mouvement du sang à travers le système capillaire.

Je résumerai les idées émises dans ce mémoire, en établissant les propositions suivantes :

1° Dans un os long qui se développe par trois points principaux d'ossification, un pour le corps, un pour chaque extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os.

2° Dans un os long qui se développe par deux points d'ossification, un pour le corps conjointement avec une des extrémités, un pour l'autre extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui s'ossifie conjointement avec le corps.

3° La rapidité de la marche de l'ossification, à partir du centre d'un os long vers les extrémités, plus prononcée dans un sens que dans l'autre, est le résultat de la vîtesse plus considérable du cours du sang dans la branche directe de l'artère nourricière que dans sa branche réfléchie.

De ces trois propositions, les deux premières sont incontestables, car elles reposent sur une disposition anatomique facile à constater; la dernière est hypothétique, mais le point de physiologie sur lequel elle repose aura bientôt été éclairci si j'ai réussi à appeler sur elle l'attention des savans qui m'ont fait l'honneur de m'entendre.

Quelques faits de médecine-pratique. Observations thérapeutiques sur diverses névralgies ; par J. T. Mondière, *médecin à Loudun.* (*Vienne*).

Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medicâ veritates elici possunt, a dit Wepfer; et c'est, bien pénétré de toute l'importance de ce principe fondamental, que, depuis que nous sommes livrés à l'exercice de la médecine, nous avons recueilli, avec le plus grand soin, tous les faits intéressans que nous a fournis notre pratique. Si chaque médecin agissait ainsi, il en retirerait d'abord pour lui un avantage immense, et il fournirait à d'autres les moyens d'arriver à la solution de nombreuses questions qui sont loin d'être complètement éclaircies. C'est dans ce but que nous publions aujourd'hui quelques faits de médecine-pratique, et que nous nous proposons de faire connaître successivement ceux qui nous en paraîtront dignes, nous efforçant ainsi de payer notre faible tribut à la science à l'étude de laquelle tous nos instans sont depuis long-temps entièrement consacrés.

Pour celui qui connaît ce qu'est l'exercice de la médecine en province, il sera bien démontré que les faits que nous publierons auront plus pour but l'étude de la thérapeutique que celle de l'anatomie pathologique. Mais assez d'autres, placés dans des circonstances plus favorables que nous, cultivent avec fruit cette branche importante des connaissances médicales, et il est temps d'ailleurs de revenir, comme quelques bons esprits s'efforcent depuis quelque temps de le faire, à une étude plus exacte de la thérapeutique, et à l'appréciation plus juste et moins systématique de certaines médications sur l'action desquelles il reste encore bien des doutes à éclaircir, bien des erreurs à redresser. Toutefois, revêtu depuis peu du titre de médecin-adjoint de l'hôpital de la ville que nous habitons, nous mettrons à profit cette nouvelle position, et nous ne laisserons échapper aucune occasion d'étudier, après la mort, les lésions qu'auront apportées dans les organes les maladies qui seront soumises à notre observation.

Comme nous l'avons déjà dit, notre but étant surtout l'étude de la thérapeutique, nous croirons utile de faire suivre chaque observation de l'examen des faits analogues que possède déjà la science, et de la comparaison des diverses méthodes de traitement employées dans chacun des cas pathologiques dont il sera question.

Obs 1re — *Névralgie utérine intermittente ; emploi inutile des sangsues ; guérison prompte par le sulfate de quinine.* — Mme Reder, âgée de 35ans, d'une forte constitution, jouissant ordinairement d'une bonne santé, ayant quelquefois des flueurs blanches, sous l'influence surtout de peines morales, a ses règles le 7 octobre 1830; elles ne coulent qu'un jour, au lieu de trois ou de quatre qu'elles ont habitude de durer. Le 8, elle se fatigue beaucoup par son déménagement, et éprouve le soir un sentiment de fatigue générale, et des douleurs obscures dans la région des hanches et aux parties supérieurs des cuisses. Le 9, au réveil, il ne reste aucun vestige du malaise de la veille; la malade vaque, comme à l'ordinaire, à ses affaires; mais, à dix heures du matin, en rentrant chez elle, après une course peu fatigante, elle éprouve du frisson, et est prise aussitôt de douleurs vives qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces douleurs partant de la région lombaire, se répandent vers la partie supérieure des cuisses, et surtout dans la région hypogastrique; elles se font sentir plus vivement par intervalles, et à chacune de ces exacerbations il sort par le vagin de gros flocons de mucosités épaisses, filantes et légèrement colorées. A une heure de l'après-midi, cessation complète des douleurs; la malade peut se lever, est calme le reste de la journée, et jouit d'un sommeil tranquille pendant toute la nuit.

Le 10, à neuf heures du matin, retour de tous les accidens annoncé par un frisson plus prolongé que celui de la veille. On vient aussitôt nous chercher, mais nous ne pouvons nous rendre auprès de la malade qu'à une heure. Voici ce que nous observâmes : décubitus sur le

(1) On ossification. Medico-chir. Transactions. 1819, v. 6, p. 285.

dos ; jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin ; figure exprimant par intervalle une vive souffrance ; peau chaude et légèrement humide ; pouls sans fréquence ; langue blanche : pas de soif ; anorexie ; pesanteur sur le fondement ; besoin continuel d'aller à la selle ; hypogastre tendu et extrêmement sensible ; la plus légère pression y est insupportable. La nature des douleurs, que la malade compare toujours à celles de l'accouchement, nous engage à pratiquer le toucher. Le vagin fait éprouver au doigt qui le parcourt une chaleur cuisante ; ce canal est abondamment lubrifié par des mucosités visqueuses ; le corps de la matrice nous paraît être dans son état normal ; mais son col est mou, surtout en arrière, et d'une sensibilité telle, que le seul contact du doigt arrache des cris à la malade. (Demi-bains, lavemens émolliens ; cataplasmes sur le bas-ventre ; diète ; repos au lit ; orgeat pour boisson).

Le 11, la malade nous dit que les douleurs ont cessé la veille vers trois heures ; qu'elle a seulement éprouvé de la fatigue le reste de la journée, et qu'elle dormit bien jusqu'à trois heures du matin, où elle fut réveillée par le retour des mêmes douleurs avec écoulement très-abondant. Même état que la veille. (Même prescription, de plus, 20 sangsues sur l'hypogastre). Le 12, la malade a été soulagée par l'application des sangsues. Mieux marqué, accès presque nul.

Le 13, retour de l'accès vers six heures du matin. Nous voyons la malade à dix heures ; les douleurs sont très-vives ; l'écoulement blanc très-abondant et très-épais ; le pouls est élevé, fort. Nous faisons appliquer trente sangsues aux parties supérieures des cuisses. Continuation des autres moyens. Nous revoyons la malade le soir : son état est entièrement changé : elle s'est levée, a préparé elle-même son demi-bain, et se dit guérie. Mais vers onze heures du soir, accès plus violent que les autres, et précédé d'un fort frisson. Le 14, au matin, la malade souffre encore, mais les douleurs sont supportables ; la peau se couvre d'une légère moiteur, et tout semble annoncer la fin de l'accès. Nous abandonnons la méthode antiphlogistique qui avait d'abord paru devoir être suivie de succès, et nous prescrivîmes 24grains de sulfate de quinine, à prendre en trois fois jusqu'à neuf heures du soir ; demi-lavement émollient, et quelque temps après un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum.

Le 15, la malade a encore eu un accès vers onze heures du matin ; mais il a été extrêmement léger, et quand nous la vîmes à midi elle ne se plaignait que de fatigue et d'une gêne plutôt que d'une douleur dans la région hypogastrique. Elle demande avec instance des alimens. (Sulfate de quinine, 16 grains ; un quart de lavement avec 18 gouttes de laudanum ; soupes).

Le 16, bonne nuit ; sommeil calme et profond ; aucune apparence d'accès. La pression exercée sur l'hypogastre n'est plus ou presque plus douloureuse ; l'écoulement est moins abondant et moins épais : la malade se dit guérie et veut reprendre ses occupations. Nous l'engageâmes à garder encore le repos. (Demi-bain ; soupes ; alimens légers ; sulfate de quinine, 12 grains ; un quart de lavement avec 25 gouttes de laudanum).

Le 17, la malade a dormi toute la nuit ; je la trouve levée, et accusant seulement dans le bas-ventre des douleurs sourdes et un léger écoulement. Le 20, la guérison était complète.

Cette observation, recueillie pendant notre exercice de la médecine à Paris, fut lue par nous dans une des séances de la Société médicale d'Emulation, et présentée sous le titre de *Métrite intermittente*. Depuis ce moment, la réflexion et la lecture de quelques faits analogues nous ont conduit à la considérer comme un cas de névralgie utérine, et en cela, nous ne faisons qu'adopter l'opinion émise par quelques médecins, entr'autres par M. Jolly, dans un mémoire sur les névralgies viscérales (1), affections auxquelles il convient, selon nous, de rapporter tout ou presque tout ce qui a été dit sur les phlegmasies intermittentes.

Quoi qu'il en soit, ces cas de névralgies utérines, ou si l'on veut, de métrites intermittentes, ne sont pas très-communs, et nos annales n'en renferment qu'un très-petit nombre. Ainsi, M. Mongellaz, dans son *Traité sur les irritations intermittentes* (2), ne cite que deux observations qui se rapportent évidemment à notre sujet. De ces deux observations, l'une consignée dans le Journal de Roux (3), a trop d'analogie avec la nôtre pour que nous ne la rapportions pas ici.

« Dans le printemps de 1782, dit M. d'Auxiron, madame...., âgée de 26 ans, ressentit tous les jours pendant six semaines, à une heure après midi, un froid très-considérable qui occupait tout ce qui est compris entre le nombril, les os des îles, les fesses et le milieu des cuisses, sans s'étendre au-delà. Ce froid se communiquait dans les parties-intérieures de la région hypogastrique, et s'y faisait sentir d'une façon fort incommode. Il durait pendant deux heures, et pour lors la malade ressentait dans la matrice les douleurs les plus vives. Le froid était suivi d'une chaleur qui augmentait par degrés pendant quatre à cinq heures, et se terminait par une sueur abondante qui n'occupait que les endroits dont on a parlé. Cette sueur était si copieuse, que la malade était obligée de s'essuyer à plusieurs reprises, et qu'à chaque fois il lui fallait une grande quantité de linges. Il se faisait en même temps par les parties sexuelles un écoulement qu'on pouvait comparer à des flueurs blanches. A mesure que la chaleur augmentait, les douleurs s'appaisaient ; mais il restait toujours un sentiment de pesanteur dans ces parties, que la malade taxait de descente de matrice ; elle était pendant quinze à dix-huit heures de la journée sans pouvoir rendre une goutte d'urine ; le reste du temps elle en rendait peu. »

Ces accidens cessèrent sous l'influence des calmans et des sédatifs, dont l'action fut favorisée par un régime convenable. Trois semaines après, la malade

(1) Nouvelle Bibliothèque médicale, 1828. T. II, p. 289.
(2) Paris, 1821. 2 vol. in-8°.
(3) 1766. T. XXIV, p. 60.

rendit par la vulve plusieurs verrées d'une matière fort épaisse et extrêmement puante, ce qui nécessita l'emploi des injections détersives. Depuis elle a encore eu, à différentes reprises, quelques accès de cette maladie.

De même que notre malade, celle dont on vient de lire l'histoire, rendit à chaque paroxysme, par le vagin, une grande quantité de mucosités; mais un phénomène que nous n'avons point observé chez M.me Reder, et qui est vraiment remarquable, c'est cette sueur abondante qui avait lieu à la fin de chaque accès et était exactement bornée à l'étendue du bassin.

Nous regrettons beaucoup que M. Balme (1), qui rapporte que, dans l'été de 1808, on observa à Lyon un assez grand nombre de maladies locales périodiques parmi lesquelles se rencontrèrent plusieurs névralgies utérines qui cédèrent au quinquina, ne soit pas entré dans de plus amples détails, et ne nous ait pas fait connaître quelques-uns des faits dont il veut parler.

Mais ce n'est pas seulement dans l'état de vacuité de la matrice que ces névralgies utérines ont été observées; elles ont également lieu pendant la grossesse et après l'accouchement. Ainsi M. Michaëlis (2), dans des considérations sur les maladies qui régnèrent pendant plusieurs années à Hambourg, dit que les symptômes les plus divers se joignirent aux fièvres intermittentes, et en masquèrent souvent le caractère : des femmes enceintes, et qui avaient déjà eu plusieurs enfans, le firent appeler pendant les accès, parce qu'elles ressentaient des douleurs qui leur faisaient croire qu'elles allaient accoucher. Pareil phénomène a été observé par M. Sarazin (3) chez une femme grosse de sept mois qui, ayant fait une chute, éprouva des douleurs qui semblaient présager un accouchement hatif. Une saignée, des antispasmodiques, etc., firent cesser ces douleurs qui se renouvelèrent les jours suivans à l'heure de la chute. Le quatrième jour, M. Sarazin administra le quinquina à la dose d'un once dans la journée, et dès-lors les douleurs ne revinrent plus. C'est encore à cet ordre de faits que nous croyons devoir rattacher une observation publiée par Baudelocque, dans un Mémoire sur les hémorrhagies utérines (4).

Dans ces névralgies utérines intermittentes, la fluxion locale peut être assez forte non-seulement pour donner lieu, lors de chaque accès, à cet écoulement abondant de mucosités que nous avons fait remarquer dans les deux premières observations, mais encore à un écoulement de sang plus ou moins considérable; et beaucoup de faits publiés sous le titre de *Métrorrhagies intermittentes*, nous semblent devoir être rapportés à cette affection. Tels sont entr'autres les faits publiés par M. Deslandes (1), le docteur Brossard (2) et M. Duparcque (3)

Ce Journal ne renferme aucune autre observation de cette nature. Nous croyons devoir rapporter en entier celle de M. Duparcque, voulant par là mettre le lecteur à même de juger si l'opinion que nous venons d'émettre est réellement d'accord avec les faits. Puissent les observations que nous venons de faire connaître ou d'indiquer, servir un jour à fonder une histoire plus complète des névralgies viscérales continues ou intermittentes, sujet aussi neuf qui bien important à étudier.

« Madame R. C., âgée de 28 ans, d'une stature élevée, d'une constitution sèche, mais robuste, accoucha heureusement dans les premiers jours d'octobre 1827. Elle ne nourrit pas. Les menstrues se rétablissent après six semaines, et reparaissent régulièrement comme auparavant jusqu'au mois de février : elles ne viennent pas alors à l'époque ordinaire, sans qu'aucune cause appréciable explique cette suspension; mais après huit jours de retard l'écoulement reparaît et est accompagné de douleurs extraordinaires qui affectent principalement la région iliaque droite, d'où elles se propagent dans le bassin et jusque dans la région iliaque opposée. Ces douleurs, dit la malade, portent sur le fondement, comme dans le travail de l'enfantement; elles sont vives, lancinantes, déchirantes, durent d'une à plusieurs minutes, ne laissent entre elles que de courts intervalles, et leur violence est telle qu'elle arrache des cris à la malade, la jettent dans un état d'anxiété inexprimable, provoquent du délire et des mouvemens convulsifs. Ces phénomènes, qui avaient paru *dans la matinée*, se calmèrent dans le milieu de la nuit, alors que madame C., épuisée par un état aussi violent, avait à peine la force de se plaindre. Elle dormit parfaitement le reste de la nuit, et le lendemain, quand elle s'éveilla, elle ne ressentit plus, des accidens de la veille, qu'un peu de fatigue : elle se leva et se livra aux occupations ordinaires de son ménage et de son commerce : mais *à midi*, les même douleurs, occupant le même siége, reparaissent avec le même caractère, la même marche, la même durée que dans l'accès précédent. Depuis cette époque, les accidens revinrent tous les jours aux mêmes heures : les douleurs, d'abord faibles et rares, augmentèrent graduellement de force et de fréquence; dans leur intervalle, le sang continuait de couler, mais en petite quantité; il paraissait avec bien plus d'abondance pendant l'accès. »

« L'accoucheur, appelé le huitième jour environ après l'invasion des accidens, les attribua à un avortement probable, mais leur prolongation au-delà du terme accoutumé lui fit penser qu'il y avait peut-être phleg-

(1) Compte rendu de la Soc. de Méd. de Lyon. Lyon, 1810, in-8.°, page 10.

(2) Bibliothèque médicale. T. XLII, p. 124.

(3) Gazette de santé, 1817, N° 14

(4) Recueil périodique. T. III, p. 18.

(1) Bibliothèque médicale. T. LXXVIII, p. 98.

(2) Diss. sur l'hémorrhagie utérine. Thèse. Strasbourg, 1830, in-4°, p. 26.

(3) Nouvelle Bibliothèque médicale. 1828. T. II, p. 299.

masie utérine. D'après cette idée, les émissions sanguines, le repos, les fomentations et cataplasmes émolliens, les boissons adoucissantes, les lavemens, les demi-bains, etc., furent mis en usage; mais, loin de diminuer, les accès étaient plus violens. Je vis la malade le 14 mars, à dix heures du soir, 25e jour environ de la maladie; elle était tombée dans un état de maigreur extrême : l'appétit s'était conservé; la langue était douce, de couleur naturelle et sans aucun enduit; la température de la peau était alors plus élevée; le pouls fréquent et irrégulier; et, au milieu même de l'accès, le pouls était mou, plat, nullement sensible au toucher. La pression réveillait bien un peu de douleur dans les régions iliaque et hypogastrique, mais elle n'était pas en rapport avec la violence de celles qui avaient lieu spontanément dans ces parties. Je ne sentis rien dans ces régions, dont les parois étaient facilement dépressibles, qui pût faire soupçonner une lésion organique quelconque des ovaires et du corps de l'utérus. Je trouvai le col de l'utérus un peu gonflé et entr'ouvert, mais pas autrement qu'il ne l'est ordinairement pendant la menstruation. En saisissant la matrice entre les deux doigts exploateurs du toucher, et l'autre main enfoncée au-dessus du pubis, je m'assurai que cet organe était dans son état naturel, pour son volume comme pour sa forme et sa consistance. Pouvait-on méconnaître une névralgie utérine intermittente? Je crus pouvoir rassurer madame C. sur son état, qu'elle croyait désespéré, en lui promettant que probablement l'accès qui n'était pas encore terminé serait le dernier. Je prescrivis huit grains de sulfate de quinine en quatre pilules, à prendre le lendemain 15 dans la matinée, et ce médicament produisit les heureux effets sur lesquels j'avais compté : les douleurs ne revinrent pas à l'heure accoutumée; quelques-unes parurent dans la soirée, mais elles étaient rares, légères, sourdes; quant au flux sanguin, il devint plus abondant, et fut le principal ou même le seul phénomène de l'accès qui devait se montrer. »

« Le 18, même prescription; non seulement la malade éprouve le calme le plus parfait, mais l'écoulement sanguin diminue sensiblement et est complètement arrêté le 17; ce jour, je prescrivis encore, par précaution, six grains de sulfate de quinine. La maladie avait définitivement disparu. »

Obs. IIe — *Sciatique promptement guérie par l'acétate de morphine employé d'après la méthode endermique, après avoir résisté à un autre traitement.* — Au mois d'août 1833, le nommé Patachon, fermier à la Bigoterie, près de Loudun, homme âgé de 31 ans, fort et puissant, ordinairement d'une bonne santé, vient nous consulter pour une sciatique du côté gauche, qui le tourmentait depuis cinq semaines. Ses douleurs étaient horribles et ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit; elles augmentaient au moindre mouvement, et alors surtout que le soleil avait quitté notre horizon. Un de nos collègues, M. M.... consulté d'abord, lui fit appliquer des sangsues, donner des bains et administrer des fumigations émollientes, mais inutilement : la maladie persista. A cette époque, M. M.... nous demanda ce que nous employions en pareil cas; nous lui citâmes alors les avantages que l'on retirait presque toujours de l'acétate de morphine employé selon la méthode endermique. Notre collègue mit ce moyen en usage, mais il n'en retira aucun bénéfice, et voici pourquoi : d'abord il fit incorporer le sel de morphine dans du cérat, qui fut mis dans une carte; de cette manière le sel fut facilement dissous, et perdit de son activité par cela même qu'il fut plus divisé; ensuite M. M... s'en reposa pour l'emploi de ce médicament sur les personnes qui entouraient le malade, et qui n'eurent point le soin d'enlever les pellicules qui se formaient à la surface du vésicatoire, d'où obstacle à l'absorption; enfin, le vésicatoire avait été mal à propos appliqué à la partie moyenne et postérieure de la cuisse, c'est-à-dire, à un endroit où le nerf sciatique est séparé de la peau par une épaisseur considérable de graisse et de muscles.

Dès-lors, bien convaincus que ce n'était point au médicament, mais seulement à la manière dont il avait été employé qu'il fallait attribuer l'insuccès de notre confrère, nous engageâmes le malade à y recourir de nouveau, ce à quoi il consentit, et nous le persuadâmes facilement de la nécessité où il se trouvait de rester en ville, afin que nous pussions nous-même panser les vésicatoires. Nous fîmes immédiatement appliquer deux vésicatoires larges, l'un de deux, et l'autre de trois pouces; le premier sur la tête du péroné et le second entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion du côté malade. C'était le 4 août. Le lendemain nous levâmes les vésicatoires. Ils avaient fortement agi; mais ils n'avaient procuré aucun soulagement; l'état du malade était le même que la veille. Nous les pansâmes avec de l'onguent d'althæa, et à la surface de chaque plumasseau nous déposâmes un tiers de grain d'acétate de morphine. Nous recommandâmes au malade de garder le repos, de manger peu, et de faire usage d'une tisane rafraîchissante.

Nous le revîmes douze heures plus tard; à peine nous eût-il aperçu qu'il nous exprima vivement la joie qu'il ressentait, et nous adressa des remercîmens expressifs. Une heure s'était à peine écoulée depuis le pansement du matin que la douleur avait diminué de vivacité et d'étendue; elle n'existait plus dans la cuisse, tandis que le matin elle s'étendait à tout le membre. (Même pansement).

Le 6 au matin, changement plus surprenant encore. Le malade avait dormi une partie de la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis long-temps; la douleur ne consiste plus guère que dans un fort engourdissement, et malgré notre vive recommandation, il fait exécuter des mouvemens assez étendus au membre dont la pression n'est plus douloureuse qu'à son quart supérieur. (Demi-grain du sel de morphine à la surface de chaque vésicatoire; alimentation plus solide). Le soir, le mieux a encore fait des progrès. (Même pansement).

Le 7, la nuit s'est encore mieux passée que la précédente. La douleur est bornée à l'endroit que recouvre le vésicatoire supérieur, c'est-à-dire à l'échancrure

sciatique. A notre arrivée, le malade nous apprend qu'il a quitté son lit pour aller aux lieux d'aisances, et que cette marche de cent pas environ n'a eu aucune influence fâcheuse sur son état. (Même pansement matin et soir).

Le 8, le malade se trouva si bien que nous lui permîmes d'aller à sa ferme située à plus d'une demi-lieue de la ville. Ce voyage fait, partie à cheval, partie à pied, n'eut aucune influence sur la douleur, qui était même moins forte et plus circonscrite. (Même pansement, ainsi que le 9). Et le 10, Patachon retourna chez lui pour ne plus revenir. Depuis cette époque, nous l'avons vu plusieurs fois, et il n'a eu aucune nouvelle atteinte de sa cruelle maladie.

Sans doute, l'observation que nous venons de rapporter n'offre rien de neuf, et la science en possède déjà un grand nombre d'analogues depuis que la méthode endermique est plus généralement mise en usage. Cependant nous allons tâcher d'en faire ressortir quelques considérations utiles.

Et d'abord ce fait démontre que souvent ce n'est point au médicament dont on s'est servi qu'il faut attribuer l'insuccès qui le fait à tort déprécier, mais bien à la manière dont on l'emploie. En effet, si le premier médecin qui fut consulté, et qui, d'après le conseil que nous lui avions donné, eut recours à l'acétate de morphine, a échoué, il est évident que cela tient à deux causes principales : la première, c'est que le lieu où le vésicatoire fut appliqué fut mal choisi, et l'exutoire mal pansé ; la seconde, c'est le mélange de l'acétate de morphine avec un corps gras et presque liquide, qui a dû nécessairement en affaiblir l'action. Pour servir de preuve à cette dernière assertion, nous dirons que M. Lepecq a consigné, dans la *Lancette française* (1), un cas de sciatique contre laquelle échoua l'acétate de Morphine mêlé avec la pommade dont on se servait pour entretenir le vésicatoire, et qui céda très-promptement à l'emploi de l'hydrochlorate de morphine déposé à la surface de cet exutoire. Cet effet tiendrait-il, comme semble le croire l'auteur, à ce que l'hydrochlorate aurait une puissance plus active que l'acétate de morphine? nous ne le pensons pas. Nous ajouterons même que nous ne connaissons aucun fait qui établisse cette différence d'action.

Ce n'est pas tout. Maintenant, pour faire surgir de ce fait d'autres données plus importantes encore, comparons-le à un grand nombre d'autre cas analogues, et dans lesquels on a eu recours à un autre traitement, et tâchons de déterminer, d'après l'observation, si l'emploi endermique de l'acétate de morphine ou d'une autre préparation d'opium, dans la sciatique, ne doit pas être préféré à tout autre moyen, et en raison de la promptitude avec laquelle il agit, et en raison de la facilité de son emploi comparativement à celui de plusieurs autres médications.

Chez Patachon et chez plusieurs autres malades que nous avons traités de la même manière, nous avons obtenu un succès très-prompt et presque toujours un soulagement marqué dès le premier moment de l'emploi de l'acétate de morphine. Pareils succès ont été obtenus par d'autres praticiens. Ainsi, pour nous borner à quelques exemples, M. Roulot (1) nous dit que pendant qu'il a été attaché en qualité d'interne à l'hôpital Beaujon, toutes les sciatiques ont été traitées par l'hydrochlorate de morphine, d'après la méthode endermique, et que chez tous les malades, l'emploi de ce médicament a été couronné d'un prompt succès. Il se borne à citer un fait dans lequel la guérison était complète au troisième jour. M. Guérin (2), père, emploie avec succès les vésicatoires qu'il applique là où existe la douleur, et qu'il panse avec un emplâtre contenant 15 grains d'opium brut. En deux jours il a guéri complètement une sciatique qui durait depuis six semaines. Voyons donc si les autres méthodes préconisées présentent le même avantage.

De ces diverses méthodes, celle de Cotugno est sans contredit une des plus recommandées. Eh bien! si nous interrogeons les faits, nous verrons que très-souvent, nous dirons même presque toujours, il a fallu plusieurs semaines pour obtenir, soit du soulagement, soit une guérison plus ou moins complète. Ainsi, dans une observation que nous rapporterons plus loin, et dans laquelle nous ne recourûmes pas immédiatement et avec intention à l'emploi de l'acétate de morphine déposé à la surface des vésicatoires, huit jours s'écoulèrent sans que nous eussions obtenu le moindre soulagement. Mais sans citer les faits qui nous sont propres, et que l'on pourrait croire recueillis avec une idée préconçue, interrogeons nos annales.

Laënnec, dans un mémoire sur les fièvres intermittentes pernicieuses, dit, dans une note (3), qu'il a eu occasion deux fois de recourir à la méthode de Cotugno pour traiter des sciatiques, et que les douleurs n'ont cessé que plus de *quinze jours* après l'application des vésicatoires. M. Reveillé-Parise, dans un mémoire sur la sciatique (4), où il se prononce pour cette même méthode qu'il regarde comme la meilleure de toutes, cite plusieurs faits à l'appui de sa proposition. Mais si ces faits démontrent l'efficacité de ce moyen, ils prouvent aussi que son action se fait assez longtemps attendre. En effet, dans la première observation la guérison n'eut lieu qu'au 20e *jour*, et ce ne fut qu'au 8e que le malade éprouva *un peu* de soulagement; dans la deuxième, la névralgie n'était *pas encore complètement* guérie *au* 21e *jour;* dans la troisième, il fallut entretenir le vésicatoire pendant 32 *jours;* dans la quatrième enfin, il y eut du *soulagement* au 9e jour; mais la guérison n'eut lieu qu'au 25e. M. Jobert rapporte dans sa

(1) 1832. T. V, N° 105, p. 418.

(1) Propositions et observations. Thèse. Paris, 1832, N° 19, p. 9.

(2) Le Propagateur des sciences médicales. 1835. T. IV, p. 31.

(3) Journal de Corvisart, Leroux, Boyer. T. XIV, p. 23.

(4) Archives de méd., T. IX, p. 471.

Thèse inaugurale (1), un cas de sciatique ancienne qui, après avoir résisté aux bains, aux sangsues et aux vésicatoires employés d'après la méthode de Cotugno, guérit *en quelques heures* aussitôt qu'on eut pansé ces mêmes vésicatoires avec un mélange d'opium et de baume tranquille.

Il nous serait facile d'accumuler ici des faits semblables, les journaux de médecine nous en fourniraient un grand nombre, mais ceux que nous venons de mentionner, doivent suffire pour le but que nous nous proposons.

Depuis la publication des travaux de M. Martinet (2), et long-temps avant cette époque, on a eu assez souvent recours à l'usage interne et externe de l'essence de térébenthine, et nous devons le dire, on a obtenu des succès aussi nombreux et plus rapides que par la méthode de Cotugno. Toutefois six à dix jours ont été nécessaires pour obtenir la guérison, et si à ce résultat moins prompt, on joint la répugnance et le dégoût que tous ou presque tous les malades éprouvent à avaler cette térébenthine, et les accidens qui en résultent pour quelques-uns, on sera sans doute conduit, comme nous, à donner encore, sur ce moyen, la préférence à la méthode endermique.

Parlerons-nous des sangsues appliquées en plus ou moins grand nombre sur le trajet du nerf affecté? Mais ce n'est guère que dans les ouvrages de médecine physiologique et dans les journaux organes de leur doctrine, que l'on rencontre çà et là quelques cas de guérison. Quant à nous, c'est toujours inutilement que nous avons eu recours aux saignées locales, même abondantes, si ce n'est dans un cas où la sciatique était liée à une irritation de la partie inférieure de la moelle épinière. Si l'on voulait un exemple du peu d'efficacité des sangsues, nous citerions un fait dans lequel on a employé en peu de jours *deux cent quatre-vingts* sangsues, et cela *sans succès*, puisqu'on fut obligé d'avoir recours aux opiacés, aux bains, aux ventouses, aux vésicatoires volans (3), etc. Nous pourrions encore rapporter une observation du docteur Levillain (4), et une autre consignée dans la *Lancette française* (5), d'une sciastique qui résista à *cent sangsues appliquées en deux fois*. Toutefois nous ne voulons par nier le petit nombre de cas dans lesquels l'emploi des sangsues a pu réellement être suivi de succès; car, comme l'a démontré M. Vandekeer, les névralgies tenant quelquefois à une inflammation du névrilemme, l'on conçoit fort bien que dans ces cas, qui sont très-rares selon nous, les saignées locales puissent amener la guérison. Encore faut-il noter que dans la plupart de ces circonstances, on a eu en même temps recours à d'autres moyens, comme, pour citer un exemple, dans le cas rapporté par M. Vacquié, où *vingt* sangsues seulement furent appliquées, et où on employa *plusieurs bains long-temps prolongés;* or, ce dernier moyen a souvent suffi seul pour guérir, comme nous l'avons observé en 1831 sur M. Grenet, alors huissier à Paris, et tout récemment sur la femme d'un serrurier de notre ville, Mme Pointier.

Parmi les autres méthodes thérapeutiques qui ont été vantées pour la guérison de la sciatique, il en est plusieurs qui paraissent avoir été, dans quelques cas, suivies d'un résultat aussi prompt qu'avantageux. Toutefois l'expérience ne nous paraît pas avoir encore suffisamment sanctionné ces résultats pour faire préférer ces méthodes à celle dont nous nous montrons le partisan presque exclusif.

Telle est l'huile de croton tiglium employée en frictions. Peu de jours en effet, au rapport de M. Joret (1), ont suffi pour obtenir des guérisons complètes; mais encore y a-t-il à considérer dans l'emploi de ce médicament, les douleurs que détermine l'éruption vésiculeuse et le temps nécessaire à la desquammation, alors même que la guérison est opérée. Telle est l'acupuncture qui, s'il fallait s'en rapporter à quelques observations, rares il est vrai, serait un moyen bien promptement suivi de succès. L'observation la plus curieuse en ce genre est celle publiée par le docteur Poullain (2), et dans laquelle la guérison eut lieu en quelques heures à la suite de l'application de cinq aiguilles. Mais comme nous l'avons dit, ces faits sont très-rares, comparés à ceux dans lesquels le même moyen a échoué, et d'ailleurs, il n'est pas toujours facile de décider les malades à s'y soumettre : l'introduction de ces longues aiguilles au milieu de nos tissus, a quelque chose qui les étonne et les effraie. Tel est le moxa, qui devrait être réservé, comme le voulait Pouteau (3), pour ces cas de sciatiques invétérées qui se sont montrées rebelles à tout autre moyen. Cette médication a en elle-même quelque chose qui effraie et fait éprouver à ceux qui s'y soumettent de très-fortes douleurs. Aussi pensons-nous que peu de malades, auxquels la médecine offrira des moyens plus doux, voudront se soumettre, comme l'individu dont parle le docteur Paillard (4), à l'application de *trente* moxas phosphoriques, pour guérir d'une sciatique existant seulement depuis deux mois.

Quant à l'*extrait de narcisse* vanté par le docteur Pourché (5), au *sous-carbonate de fer* employé deux fois par M. Duparcque (6); au *datura stramonium* mis

(1) Diss. sur les hémorrhoïdes. Paris, 1828, n° 24, p. 48.

(2) Essai sur les névralgies, considérées en général. Thèse. Paris, 1828, n° 70. — Du traitement de la sciatique par l'essence de térébenthine. 1829, in-8°.

(3) Séance publique de la Soc. roy. de méd. de Toulouse. 1830. p. 72.

(4) Journal universel. T. XXI, p. 108.

(5) février 1830.

(1) Considérations thérapeutiques sur l'huile de croton-tiglium. Thèse. Paris, 1833; n° 177, p. 17.

(2) Nouvelle Bibliothèque médicale. T. II, p. 324.

(3) OEuvres chirurgicales. T. I, p. 205.

(4) Nouv. Biblioth. médicale. 1828. T. II, p. 1725.

(5) Ephémérides de Montpellier; octobr. 1826.

(6) Nouv. Biblioth. médicale. 1826. T. III p. 16.

en usage par le docteur James Beglie (1); à l'extrait d'aconit qui a réussi deux fois et très-promptement à M. Teallier (2), nous possédons trop peu de faits pour qu'il soit possible d'établir un parallèle ; mais nous avons cru cependant devoir en faire mention ici, afin qu'au besoin ou dans le but seul de les mettre à l'épreuve, on puisse y avoir recours.

Il en est de même de la compression seule, au moyen de laquelle M. Vaidy (3) a guéri en six jours une sciatique survenue chez un phthisique, et qui nous a réussi à nous-même pour compléter la guérison dans le cas suivant, qui prouve encore les bons effets de l'acétate de morphine.

Obs. IIIe — *Sciatique rebelle au traitement de Cotugno, et promptement guérie par l'acétate de morphine (méthode endermique) et la compression.* — Le 12 décembre 1833 nous fûmes appelé pour voir le nommé Tailleur, journalier, demeurant au Bout-Ripé, qui depuis trois jours était tourmenté par les vives douleurs d'une sciatique qu'il nous fut facile de reconnaître par l'ensemble des symptômes que nous observâmes. La douleur était vive surtout dans le mollet et vers la hanche. Curieux d'expérimenter si cette sciatique céderait à l'usage seul des vésicatoires, nous décidâmes facilement le malade à s'en laisser appliquer deux, l'un entre l'ischion et le grand trochanter, et l'autre sur la tête du péroné : le premier avait deux pouces et demi de diamètre, et le second un pouce et demi. Le lendemain nous levâmes ces vésicatoires qui avaient largement agi, et les pansâmes avec du beurre frais. Le troisièmes jour et ainsi jusqu'au dixième nous les pansâmes avec de la pommade épispastique, et pendant tout ce temps leur effet fut tel que, trois fois dans les vingt-quatre heures, on était obligé de les changer. Le onzième jour, l'état du malade étant le même, c'est-à-dire, les douleurs n'ayant en aucune manière été modifiées par ces exutoires, nous nous décidâmes à recourir à l'acétate de morphine. Un tiers de grain fut immédiatement déposé à la surface de chaque vésicatoire, et ce pansement fut répété le soir. Dans la nuit il y eut un peu de calme, et le malade put dormir. Le douzième jour, demi grain du médicament fut employé pour chaque vésicatoire, et ainsi pendant deux jours, époque à laquelle la douleur de la cuisse et de la jambe avait complètetement disparu, et avait été remplacée par un engourdissement douloureux exactement borné à la partie moyenne de la masse charnue des muscles jumeaux, dans l'étendue d'un pouce. Des bains de jambe émolliens et des cataplasmes de même nature arrosés de laudanum n'ayant apporté aucune amélioration, et la jambe offrant le soir un engorgement assez considérable, nous eûmes recours à une bandage compressif assez serré qui, dans l'espace de deux jours, fit complètement cesser les douleurs et le gonflement. Depuis ce moment le malade, que nous avons vu il y a peu de temps encore, n'a éprouvé aucune nouvelle atteinte de sa sciatique.

De ces faits et des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, il reste bien démontré pour nous que l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine, employé d'après la méthode endermique, doit être préféré à tout autre moyen, non-seulement dans le traitement de la sciatique, mais encore dans tout autre névralgie ; et à l'appui de cette dernière assertion nous apporterons le fait suivant.

Obs. IVe — *Névralgie fronto-lacrymale promptement guérie par l'acétate de morphine après avoir résisté à divers autres moyens.* — Au mois de mars 1833, nous fûmes consulté par mademoiselle Colin pour une *douleur de tête* violente, qui existait depuis deux ans, tout en laissant des momens de calme à la malade. Cette jeune personne, âgée de vingt ans, et d'une constitution lymphatico-nerveuse, a la peau extrêmement fine et blanche, et se trouvait dans un état voisin de l'anémie. Depuis six mois, au moins, les menstrues revenaient à des époques irrégulières, et coulaient beaucoup moins abondamment qu'auparavant, le sang en était aussi beaucoup plus séreux. Nous apprîmes que la douleur avait commencé deux ans auparavant, sans cause connue, que, légère d'abord, elle était devenue de plus en plus forte, que les accès s'étaient rapprochés ; et que depuis quelques mois, quand la douleur venait à paraître, la malade était obligée de garder le lit et de rechercher l'obscurité. Cette douleur commençait ordinairement à la tempe du côté gauche, où, très-circonscrite d'abord, elle ne tardait pas à s'étendre au front, à la joue, et même jusqu'à la mâchoire inférieure sous le menton : elle s'irradiait souvent aussi au sourcil, à la paupière supérieure et à l'œil. Alors cet organe se gonflait, rougissait, devenait extrêmement douloureux à l'impression de la plus faible lumière, la vue était troublée, et d'abondantes larmes coulaient sur la joue où elles déterminaient la sensation d'une vive brûlure et une forte rougeur érysipélateuse. Les douleurs revenant par accès, étaient comparées par la malade, tantôt à des coups de marteau, tantôt aux douleurs que produiraient de nombreuses aiguilles qu'on enfoncerait dans tout le côté gauche de la tête. La plus légère pression, ou plutôt le simple contact du doigt, suffisait pour exaspérer les douleurs, qui souvent arrachaient des cris à la malade et déterminaient des mouvemens convulsifs dans les muscles nombreux de la face, d'où résultaient les grimaces les plus bizarres. Au milieu des accès les plus forts, il semblait à la malade qu'elle avait le côté gauche de la face énormement gonflé, et que l'œil allait sortir de son orbite.

Témoin plusieurs fois des divers symptômes dont nous venons de faire l'énumération, il nous fut facile d'établir notre diagnostic : nous avions à combattre une névralgie fronto-lacrymale.

Ayant, pendant plus d'un mois, employé sans succès les emplâtres d'extrait gommeux d'opium, les lotions avec une solution d'extrait de belladone, les cata-

(1) *Ibid.* 1829. T. III, p. 271.

(2) Revue médicale. Janvier 1834.

(3) Journal de méd. et de chirurg. militaires. T. XIII, p. 294.

plasmes arrosés de laudanum, les pilules de Méglin, secondées d'un régime convenable et de boissons calmantes, nous décidâmes enfin la malade, vaincue d'ailleurs par les fortes douleurs qu'elle éprouvait, à se laisser appliquer, à la tempe du côté malade, un petit vésicatoire, que le lendemain matin nous saupoudrâmes avec un tiers de grain d'acétate de morphine : ce pansement fut répété trois fois dans la journée. Le soir il y avait une légère amélioration, et la malade put reposer quelques instans pendant la nuit ; le jour suivant et ainsi pendant quatre jours nous employâmes de la même manière un grain d'acétate de morphine dans les vingt-quatre heures. Au cinquième jour, toute douleur avait disparu, et il ne restait qu'un léger engourdissement dans la tempe. La malade, satisfaite d'un pareil résultat, ne voulut pas, malgré nos vives instances, se soumettre plus long-temps au traitement qui nous avait si bien réussi, et que nous jugions convenable de continuer encore, en raison du temps depuis lequel existait la maladie. Bientôt aussi, quoique moins intenses, les douleurs reparurent, et nous fûmes obligé d'appliquer un nouveau vésicatoire à la tempe, qui, pendant dix jours fut saupoudré avec des doses, croissantes d'abord, puis décroissantes, d'acétate de morphine, dont douze grains furent employés dans ce dernier traitement. Cette fois, avant de cesser complètement, les douleurs revinrent régulièrement pendant trois jours à une heure déterminée. Cette intermittence fut combattue avec succès par le sulfate de quinine pris une heure, et une demi-heure avant l'accès, à la dose de quatre et six grains.

Après avoir aussi heureusement guéri cette névralgie, qui, comme nous l'avons déjà dit, existait depuis deux ans, nous nous occupâmes de la santé générale de la malade, et surtout de la menstruation. Nous prescrivîmes de bon vin rouge, étendu d'eau ferrée, des viandes grillées et rôties, du bouillon gras, de l'exercice, et, pour l'aménorrhée, l'infusion suivante : Prenez. Quinquina concassé, gentiane jaune coupée, aa ℥ iij ; baies de genévrier concassées, ℥ β ; camomille romaine, ℥ ij ; sous-carbonate de fer, ℥ j. Faites infuser à froid dans un litre de bon vin blanc, et prendre par une ou deux onces le matin à jeun.

Ce traitement fut suivi d'un plein succès ; les menstrues revinrent régulièrement ; le sang fut d'abord un peu rouge, puis plus abondant, et Mlle Colin offre aujourd'hui un certain degré de fraîcheur.

Si nous voulions faire pour les névralgies ce que nous avons entrepris pour la sciatique ; c'est-à-dire, comparer entre elles, par rapport à leurs résultats, les diverses méthodes thérapeutiques qui ont été et sont encore employées aujourd'hui, nous arriverions probablement à la même conclusion, quoique depuis peu on ait publié un assez grand nombre de faits en faveur de quelques nouvelles médications ; et bien que nous connaissions les résultats obtenus, par quelques médecins, de l'emploi d'une solution de belladone, de l'extrait du datura stramonium, des lotions avec le cyanure de potassium, etc., etc., nous recourrons toujours au moyen qui nous a constamment réussi, jusqu'à ce que l'expérience des autres ait accumulé assez de preuves pour modifier notre opinion.

Pour celui qui voudrait entreprendre un travail aussi intéressant qu'utile, et rassembler un grand nombre de faits pour comparer entre eux les résultats de divers traitemens conseillés contre le *tic douloureux de la face*, nous rapporterons encore le cas suivant, que nous avons recueilli, et dans lequel la guérison fut très-prompte, en raison sans doute du peu de temps depuis lequel existait la maladie. Nous ajouterons aussi que le même moyen nous a réussi une troisième fois dans un cas de névralgie orbitaire, liée à l'existence d'une ophthalmie scrofuleuse.

Obs. Ve — *Névralgie sus-orbitaire : emploi de l'acétate de morphine ; guérison rapide.* — Le 23 décembre 1833, le nommé Bourdillot, demeurant au Vieux Cimetière, vint nous consulter. Cet homme est journalier, âgé de 30 ans environ, d'une forte constitution, et n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Le 20 décembre étant à travailler sur la grande route, il fut tout-à-coup pris d'une violente douleur, qui, partant du sourcil, s'étendait au front, à la tempe et au nez. Au milieu des plus fortes douleurs, il y avait un larmoiement très-abondant. Nous eûmes immédiatement recours à l'application d'un vésicatoire à la tempe du côté malade. Ce vésicatoire fut levé douze heures après, et saupoudré d'un tiers de grain d'acétate de morphine. Ce pansement eut lieu le soir à huit heures ; et tel fut l'effet du médicament que, dès la même nuit, il y eut un calme marqué et du sommeil, ce qui n'avait pas eu lieu depuis l'invasion des douleurs. Le lendemain, même pansement matin et soir ; soulagement plus marqué encore. Le 25, pansement du vésicatoire avec demi-grain d'acétate de morphine le matin et le soir. Dès le milieu de la journée, la douleur, qui ne consistait déjà plus qu'en une simple sensation d'engourdissement, avait complètement disparu. Le malade pressé de retourner à son travail, n'ayant pas voulu, malgré notre avis, continuer l'emploi du médicament, n'en a pas moins été exempt de toute récidive.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

—

Observation de névralgie sus-orbitaire traitée avec succès par l'incision et la cautérisation, suivie de quelques réflexions physiologico-pathologiques ; par C. F. Bellingeri. (Extrait.)

P.-G.-G. Dronero, avocat, âgé de 26 ans, de tempérament sanguin-nerveux et de constitution peu robuste, avait reçu en 1810, et dans la 18e année de sa vie, une blessure à un doigt environ au-dessus du trou sus-orbitaire du côté gauche. Cette blessure fut causée par un morceau de fer long et volumineux, qui tomba d'un lieu élevé, et le heurta avec son extrémité mousse, tan-

dis qu'il était couché sur le dos. Il y eut une contusion avec déchirure des parties molles, et un écoulement de sang qui s'éleva à deux livres et qui fut suivi d'une légère syncope. La cicatrisation de la plaie fut rapide, et pendant les six mois qui suivirent son accident, le malade n'éprouva aucun symptôme ni dans le lieu de la blessure ni dans la vue. Après ce laps de temps, il devint sujet à une sensation de pesanteur et de malaise qui occupait toute la région frontale gauche, et qui s'accompagnait d'un battement peu fort dans le lieu même de la cicatrice. En même temps, l'œil gauche ne pouvait supporter la lumière; le malade était forcé de tenir les paupières fermées; la vue était trouble et confuse, et s'il voulait lire avec cet œil, des larmes le remplissaient aussitôt. Si alors il prenait de la nourriture, la douleur s'exaspérait et se prolongeait plus longtemps qu'à l'ordinaire. Ces symptômes se manifestaient dans la matinée, au moment du réveil, et duraient ordinairement pendant 24 heures; mais s'ils dépassaient cette limite, ils se prolongeaient jusqu'au troisième jour. Bien qu'ils indiquassent une névralgie frontale, ils furent attribués à une simple migraine. Ils se renouvelaient assez régulièrement chaque mois et cédaient spontanément. On n'entreprit rien pour leur guérison. Ils continuèrent ainsi jusqu'en 1823, s'accompagnant seulement de constipation.

Dans le mois de mars 1823, les douleurs du nerf sus-orbitaire gauche furent si vives que dans l'espace de quinze jours, on pratiqua quatorze émissions sanguines, malgré lesquelles les douleurs persistèrent avec plus ou moins d'acuité pendant environ trois mois. Au moment des accès, l'artère frontale était distendue, et battait avec force. Depuis cette époque, les douleurs reparurent chaque mois avec beaucoup d'intensité et disparaissaient spontanément au bout de deux jours. Dans le mois de décembre de la même année, les mêmes douleurs névralgiques se renouvelèrent et s'étendirent à la région temporale gauche, s'accompagnant d'une augmentation notable de volume des artères temporale et frontale dont les battemens devenaient très-violens. La maladie fut regardée comme une artérite, et traitée par dix émissions sanguines qui procurèrent un peu de calme, mais non la cure radicale de la maladie. Le malade se rendit à Pavie dans le mois de mars 1824, où la saignée de la temporale lui fut conseillée, mais ne fut pas pratiquée. Il fit usage sans succès de l'eau cohobée de laurier cerise, tant à l'intérieur que localement; les extraits narcotiques de toute espèce furent aussi employés à l'intérieur et à l'extérieur, mais avec peu d'avantage.

Depuis cette époque jusqu'en 1828, les accès névralgiques eurent lieu tous les mois, et surtout vers la fin de chaque mois; rien ne pouvait les faire cesser; la saignée générale et les sangsues appliquées à la tête pouvaient seules procurer du soulagement; plus on y recourait promptement, plus le soulagement était prompt et remarquable; lorsqu'on les répétait plusieurs fois, le malade restait plus long-temps sans ressentir les douleurs qui alors lui laissaient un repos de deux ou trois mois. Pendant cette période, le malade remarqua que ses cheveux étaient plus hérissés, plus durs et plus épais du côté gauche que du côté droit. En même temps, ils croissaient avec plus de rapidité du même côté.

Dans le mois d'avril 1828, je vis le malade avec les professeurs Geri et Riberi. Le nerf sus-orbitaire était douloureux à la pression à sa sortie du trou du même nom; toute la région frontale et temporale gauche présentait un développement et une turgescence plus considérable que la même partie du côté droit; cette disposition datait de quelques années; nous ne remarquâmes aucun phénomène morbide du côté de l'œil; la pupille et la vision étaient à l'état normal; la sensibilité de la peau était normale dans la région frontale et temporale, aussi bien que dans toute l'étendue du cuir chevelu; les mouvemens étaient libres dans les muscles orbiculaires, sourcilier et frontal du côté gauche.

Nous diagnostiquâmes une névralgie frontale traumatique, reconnaissant pour cause actuelle une phlegmasie chronique du nerf, accompagnée peut-être d'une altération organique du même nerf, et qui exigeait pour sa cure la section et la cautérisation du nerf malade. Cette opération fut pratiquée le 10 avril, par le professeur Riberi. La section du nerf fut faite à deux lignes au-dessus du trou sus-orbitaire, au-dessous de l'ancienne cicatrice, et fut très-douloureuse. Au moment où le rameau nerveux fut coupé, le malade éprouva une sensation de secousse dans tout l'encéphale. L'hémorrhagie s'éleva à deux onces. Nous fûmes certains d'avoir divisé le nerf malade, car avant l'incision il avait été mis à découvert, et nous pûmes ensuite observer ses deux bouts, remarquables par leur blancheur. Si l'on touchait avec les pinces le bout du nerf qui correspondait à l'encéphale, la douleur était très-vive. Peu de temps après, les deux extrémités du nerf furent cautérisées deux fois successivement avec un cautère en forme de bouton. La douleur fut vive, mais surtout la seconde fois, où elle s'accompagna d'une sensation de flamme qui s'étendait en haut, en suivant toutes les divisions du nerf, et d'une sensation de secousse qui s'étendit à tout l'encéphale, et détermina des cris, de l'agitation et des spasmes dans tout le corps; ces symptômes furent suivis d'une légère syncope et de sueur froide, et tout disparut dans l'espace de deux minutes.

Dans les jours suivans, la fièvre se développa et s'accompagna de céphalalgie et de douleur dans la plaie; le pouls était vibrant. On pratiqua trois saignées, on appliqua une sangsue pour entretenir l'inflammation locale, et empêcher qu'elle ne se propageât au cerveau; et on administra de l'eau cohobée de laurier-cerise intérieurement à la dose de dix gouttes par jour dans une émulsion de gomme arabique. Le cinquième jour après l'opération, le malade eut dans la nuit des spasmes généraux sans perte de connaissance, comme il en avait éprouvé déjà auparavant. Le septième jour, voulant examiner avec soin le fond de la plaie, qui était baigné par de la sérosité, le professeur Riberi y introduisit une petite quantité d'étoupe qu'il tenait avec des pinces, dont les extrémités étaient un peu oxydées. L'ap-

plication de l'étoupe ne produisit aucune sensation, mais quand les extrémités de la pince touchèrent les deux bouts du nerf divisé, le malade éprouva une douleur très-vive, il sentit comme un feu qui se propageait à toutes les divisions supérieures du nerf, et il éprouva une secousse dans tout l'encéphale, mais principalement dans la direction de la queue de la moelle allongée, c'est-à-dire vers l'origine de la cinquième paire; il disait *que son cerveau s'en allait.* Cette secousse se propagea à tout le corps, il eut une agitation générale, quelques efforts de vomissemens, et quand on lui offrit à boire la déglutition lui fut impossible. Cette sensation fut beaucoup plus douloureuse que celle qui avait été produite par la cautérisation elle-même, et offrit beaucoup d'analogie avec celle qui résulterait d'une forte secousse électrique; elle fut déterminée probablement par le contact du fer en partie oxydé avec la sérosité qui baignait le fond de la plaie, et avec les deux extrémités libres du nerf. Ces phénomènes servirent à nous confirmer dans la croyance que nous avions réellement coupé le nerf.

Le vingtième jour, la plaie était presque entièrement cicatrisée. Le vingt-huitième, le malade se trouvait parfaitement rétabli; il n'éprouvait aucune sensation fâcheuse dans tout le côté gauche de la tête; il n'y avait plus de battemens ni au front, ni aux tempes; le côté gauche de la tête avait repris son volume naturel; le développement anormal et la turgescence qui existaient avant l'opération s'étaient dissipés; le globe oculaire était parfaitement sain; la vision était intacte dans les deux yeux; le nerf sus-orbitaire gauche pouvait être comprimé sans douleur; dans tout le côté gauche de la tête la sensibilité de la peau était normale; si l'on chatouillait légèrement la région frontale et la région temporale gauche, le malade éprouvait une sensation qui le portait à rire; il percevait les diverses nuances de température, et les impressions qui sont produites quand les cheveux sont touchés ou tirés légèrement; les mouvemens des muscles frontal, sus-orbitaire, orbitaire de paupières et occipital étaient aussi libres qu'avant l'opération, et semblables à ceux des mêmes muscles du même côté droit. Le malade, se trouvant parfaitement guéri, retourna dans sa patrie.

Dans le courant du mois de juin suivant, il eut une céphalalgie intense, limitée à la région temporale droite, et accompagnée de fièvre; on lui fit deux saignées, qui offrirent un sang très-rouge, et sans couenne. La douleur se dissipa dans la journée même. Le lendemain matin il se réveilla éprouvant une douleur semblable dans la région temporale gauche et percevant un battement dans le lieu de la névralgie. On appliqua en conséquence des sangsues derrière les oreilles, et la céphalalgie disparut. Peu de jours après il fut pris de mouvemens spasmodiques généraux : tantôt il était dans un état de tétanos droit, tantôt ses membres étaient portés dans une extension ou dans une flexion violente. Pendant ces accès les facultés intellectuelles étaient tantôt nulles, tantôt intactes. Ces accès duraient depuis un quart d'heure jusqu'à une heure, et se reproduisirent pendant quinze jours, présentant une certaine périodicité; ils disparurent après l'emploi de l'acétate de morphine, d'abord seul, puis combiné avec le sulfate de quinine.

Je revis cet homme en juin 1829; il était complètement débarrassé de toute douleur névralgique de la face; le nerf sus-orbitaire était insensible à la pression, la sensibilité de toute la partie gauche de la tête était naturelle; les mouvemens de tous les muscles situés à la région frontale et à la région temporale gauche étaient libres; les cheveux du côté gauche de la tête avaient repris leur souplesse primitive, et ne poussaient pas plus rapidement que ceux du côté droit; la nutrition générale était excellente, en un mot, la guérison était parfaite, et depuis six ans elle ne s'est point démentie.

Réflexions. — La conclusion que l'on est porté à tirer tout d'abord de cette opération, c'est que le rameau sus-orbitaire, qui est une subdivision de la cinquième paire, ne sert ni au mouvement, ni à la sensibilité de la peau qui recouvre le front, la tempe, le vertex et l'occiput, parties au tissu cutané desquelles se distribuent les dernières divisions de ce rameau, à savoir le frontal superficiel, qui fournit ses filets à la peau du front et de la tempe et le frontal profond, dont les filets vont aboutir à la peau du front, du vertex et de l'occiput : en effet, bien que ce rameau sus-orbitaire eût été réellement divisé, non-seulement les muscles orbiculaire de la paupière, frontal et sus-orbitaire conservèrent leurs mouvemens, mais encore la sensibilité resta naturelle dans tout le côté gauche de la tête, immédiatement après l'opération, aussi bien qu'après un long espace de temps. Il y aurait donc des rameaux de la cinquième paire qui ne président pas à la sensibilité, et la sensibilité des parties indiquées ci-dessus serait donc sous la dépendance de la cinquième paire, dont le rameau profond externe donne des filets à la peau de la région occipitale, et dont le rameau temporal, qui est une division du temporo-facial, donne des filets à la peau de la région temporale. Cette dernière opinion, il est vrai, est combattue par les expériences nombreuses de Ch. Bell, de Magendie, de Mayo et d'Eschricht, qui s'accordent pour démontrer que la section du tronc ou des rameaux de la cinquième paire, détruit la sensibilité, en laissant les mouvemens intacts, tandis que la division du nerf facial détermine la paralysie du mouvement, et non la perte de la sensibilité. Elle se trouve en outre en opposition avec les deux observations que j'ai publiées en 1818 (1), et dont l'une est un exemple de maladie du tronc de la cinquième paire, et l'autre a rapport à la septième, ou nerf facial. Dans la première il y avait anesthésie de tout le côté correspondant de la face; dans la seconde, la paralysie portait sur les mouvemens de presque tous les muscles

(1) *Dissertatio inauguralis.* Part. 3. *Ex physiologiâ : quinti et septimi nervorum paris functiones.* P. 195 et 181.

du côté correspondant de la joue, mais la sensibilité était normale.

Indépendamment de ces faits, ce qui m'empêcha d'attribuer aux divisions du nerf facial la sensibilité qui persistait chez mon malade, c'est que les filets de la septième paire, qui se distribuent à la peau du crâne, sont en très-petit nombre, et ne s'étendent pas plus loin que la tempe et la région occipitale. En outre, d'autres divisions provenant de la cinquième paire, mais étrangères aux divisions indiquées du sus-orbitaire, se distribuent à la peau des régions frontale, temporale, syncipitale et occipitale. Telle est une division du rameau sus-trocléen, appelée nerf frontal moyen, laquelle donne des filets à la peau du front. Le sus-trocléen lui-même est une division du nerf frontal, qui provient de l'ophthalmique, première branche de la cinquième paire. Outre le frontal moyen, une autre division du sus-trocléen, appelée frontal supérieur, se distribue à la peau du front et à celle du vertex. De plus, un rameau du sous-trocléen, appelé palpébro-frontal, se distribue à le peau du front; et le sous-trocléen, étant une dépendance du nerf nasal qui naît du frontal, tire ainsi son origine de l'ophthalmique, qui naît directement de la cinquième paire. A la peau de la tempe et du vertex se distribuent les filets du temporal sous-cutané, dépendance du sous-cutané de la joue; ce dernier provient du rameau maxillaire supérieur de la cinquième paire. Enfin, à la peau du front, du vertex et de l'occiput, se ramifient les filets du temporal propre, qui est une dépendance du temporal cutané, lequel est un rameau du maxillaire inférieur de la cinquième paire. De plus, l'occiput reçoit des filets de la seconde et de la troisième paire des nerfs cervicaux. Ainsi, la peau qui recouvre le crâne est abondamment pourvue de nerfs sensitifs, qui proviennent, soit des diverses ramifications du même nerf, soit de diverses sources très-étrangères l'une à l'autre.

Il n'est donc pas permis de conclure que le rameau sus-orbitaire ne préside point à la sensibilité, parce qu'après sa section la sensibilité persiste dans les parties auxquelles il se distribue, et conséquemment il serait faux de conclure en général que la cinquième paire n'est point destinée à la sensibilité. Il serait encore plus erroné d'attribuer cette faculté à la septième paire, puisque cette fonction pouvait, chez notre malade, être accomplie par un grand nombre d'autres ramifications nerveuses. La seule conclusion que l'on puisse rigoureusement tirer de cette observation, c'est que la section d'un nerf sensitif ne détruit ni ne diminue la sensibilité des parties auxquelles il se distribue, quand cette partie reçoit d'une manière évidente d'autres nerfs du sentiment. On ne pourrait pas non plus conclure du même fait que le nerf sous-orbitaire ne sert point aux mouvemens des muscles frontal, sourcilier et orbiculaire des paupières, puisque ces muscles reçoivent beaucoup de filets des nerf sus et sous-trocléen, et du temporal sous-cutané, qui sont une dépendance de la cinquième paire, outre le rameau de la septième paire, ou nerf facial. En effet, en supposant que le rameau sus-orbitaire fut un nerf moteur, il pourrait être divisé sans lésion aucune du mouvement, attendu que beaucoup d'autres rameaux de la cinquième paire se rendent aux muscles indiqués.

Cependant Ch. Bell s'appuie sur un fait tout à fait semblable pour prouver que le rameau sus-orbitaire ne sert point au mouvement. Chez son malade, comme chez le mien, la section du nerf n'entraîna point la paralysie du mouvement; mais cette opération ne causa pas davantage l'anesthésie, et Ch. Bell n'a pas dit un mot de cette dernière circonstance: c'est qu'un tel fait se trouvait en opposition avec sa théorie. Son but était de démontrer que le rameau sus-orbitaire, ainsi que les autres rameaux de la cinquième paire, préside à la sensibilité et non à la motilité. De son observation il a pu conclure que ce nerf n'est pas moteur; mais il n'en résulte pas absolument qu'il soit nerf de la sensibilité. Il aurait fallu, pour tirer cette conclusion, que la section du nerf eût produit l'anesthésie.

Pour déterminer si ce rameau est sensitif ou moteur, il faut comparer ce fait avec les résultats des expérimentations et des observations pathologiques, qui ont rapport aux autres rameaux de la cinquième paire. En s'appuyant uniquement sur les expériences faites sur les animaux, tous les physiologistes s'accordent pour dire que la section des autres rameaux de la cinquième paire (je veux dire sa grande portion, et non la petite, appelée par moi nerf masticateur) produit l'anesthésie, et non la paralysie; d'où il semble que l'on pourrait conclure, par analogie, que le rameau sus-orbitaire préside à la sensibilité et non au mouvement. Mais aux résultats de l'expérimentation s'opposent les observations pathologiques, et en première ligne, celle que j'ai rapportée dans ma Thèse inaugurale (page 125), dans laquelle on voit coïncider avec une maladie de la cinquième paire la diminution de la sensibilité et la paralysie du mouvement, non dans les muscles qui servent à la mastication, mais dans tous les autres muscles de la face. L'observation anatomique faite par Mayo, savoir : que la cinquième paire est un nerf moteur du muscle circonflexe du palais (1), nous confirme dans l'idée que la grande portion de la cinquième paire influe aussi sur les mouvemens de la face. Cette opinion prend de la force si l'on considère bien les phénomènes consécutifs à la section de rameaux provenant de la cinquième paire, pratiquée chez l'homme dans un cas de névralgie, phénomènes décrits par des auteurs impartiaux parce qu'ils ont écrit avant que les questions relatives aux fonctions des nerfs de la face eussent été agitées par les physiologistes. Ainsi, Haigton, ayant divisé le rameau sous-orbitaire droit chez une dame atteinte de névralgie, observa que le sentiment et le mouvement de la lèvre, quoique *évidemment diminués*, ne furent pas entièrement perdus. Si, dans ce cas, la sensibilité et la motilité de la lèvre furent lésées, il en résulte que la cinquième paire influe et sur la sensibi-

(1) Journal de physiologie expérimentale T. III, p. 354.

lité et sur le mouvement; et si ces phénomènes n'ont pas duré, on doit attribuer cette circonstance, comme l'a fait Haigton lui-même, à la réunion consécutive des deux bouts du nerf. Leydig a publié (1) une autre observation de névralgie sous-orbitaire qui est plus concluante, et d'où il résulte, ainsi que de la précédente, que la section du rameau sous-orbitaire, pratiquée chez l'homme, exerce une influence fâcheuse sur la sensibilité et sur le mouvement volontaire, ce qui fait naître des doutes sur la doctrine de Ch. Bell et de Magendie, qui prétendent que la cinquième paire ne préside qu'à la sensibilité et non au mouvement de la face.

L'observation qui a donné lieu à ce mémoire semble prouver l'influence des rameaux de la cinquième paire, et surtout du rameau sus-orbitaire sur les fonctions organiques. On a vu que ce rameau était le siége du mal; on observait évidemment une turgescence anormale du front et de la tempe gauche, phénomène qui, quand il persiste, est une preuve d'une nutrition plus considérable, et d'une augmentation de ce qu'on appelle *turgescence vitale :* les cheveux étaient plus durs, plus épais, plus nombreux, et croissaient plus vite dans le côté gauche de la tête que dans le côté droit; dans le moment des accès névralgiques, l'artère temporale et la frontale étaient distendues, et battaient avec force; tous ces symptômes démontrent que la condition morbide du nerf sus-orbitaire produisait une augmentation des fonctions organiques relatives à la nutrition, à la circulation et à la *turgescence vitale ;* ils disparurent après la section du rameau sus-orbitaire. Déjà, dans ma dissertation inaugurale, je crois avoir démontré que la cinquième paire préside aux fonctions organiques; cette opinion a été confirmée par les expériences de Magendie (2). On peut consulter à ce sujet Serres (3) et Hildebrand (4), qui n'hésitent pas à considérer le nerf en question comme un nerf de la vie organique. Le professeur Stark, d'Iena (5), a adopté l'opinion que j'ai soutenue dans ma thèse.

Quant aux considérations pathologiques et thérapeutiques que cette observation permet de faire, il est évident que la maladie ne consistait point dans une simple inflammation, mais bien dans une altération organique du rameau nerveux affecté, ce qui s'explique très-bien par la nature du corps qui avait produit la lésion, et qui avait agi en contondant et en broyant le tissu nerveux. La longue durée de la maladie donnait à penser que l'inflammation, en passant à l'état chronique, avait nécessairement produit quelques-uns des résultats qui lui sont propres, comme l'épaississement du névrilemme, l'infiltration de son tissu par de la sérosité, ou une altération de la substance nerveuse elle-même. Cette observation confirme cette vérité, que les symptômes qui dépendent d'une lésion du système nerveux sont intermittens, bien que la cause de ces mêmes symptômes soit permanente. Cette cause n'agit que comme cause prédisposante; il faut d'autres circonstances pour reproduire les phénomènes morbides. Il n'en est pas moins vrai que la condition pathologique d'une partie quelconque du système nerveux, bien qu'elle ne constitue pas la cause prochaine de la maladie, doit cependant fournir la principale indication thérapeutique, c'est-à-dire qu'on devra enlever ou détruire cette partie quand cela sera possible. Ici, les antiphlogistiques diminuèrent l'intensité des accès et les rendirent moins fréquens; mais ils ne purent jamais procurer une cure radicale. On trouve au contraire dans cette observation une preuve des bons effets de la section du nerf, suivie de la cautérisation, du moins pour les névralgies qui ont leur siége, non dans le tronc, mais dans les rameaux de la cinquième paire. Il y a six ans que l'opération a été pratiquée, et la névralgie n'a pas reparu. Enfin cette observation démontre qu'il est bon de faire suivre la section du nerf par sa cautérisation, afin de s'opposer à la réproduction de la névralgie. Toutefois, comme la cautérisation est excessivement douloureuse, il vaut mieux enlever une portion de la substance nerveuse, afin d'empêcher les deux bouts du nerf divisé de se réunir, en ayant soin, pour éviter une nouvelle douleur, de faire la seconde section du côté des divisions nerveuses, et non du côté de l'encéphale.

(1) *Doloris faciei dissecto infra orbitali nervo historia;* et Halliday, *Considérations pratiques sur les névralgies de la face.* P. 55.

(2) Journal de physiologie expérimentale. T. IV, fasc. 2, et *Annali universali di medicina.* T. XXXII, p 283.

(3) Anatomie comparée du cerveau. T. II, p. 67. et *Ann. univ. di med.* T. XXXIV, p. 297.

(4) *Annales Scholæ clinicæ medicæ ticinensis* T. II, p. 141 et 230.

(5) Bulletin des sciences médicales. 1824. T. II, p. 100.

Observations et réflexions sur la péricardite rhumatismale par le docteur Heyfelder, *de Sigmaringen* (1).

Le rhumatisme aigu ambulant doit être mis au nombre des maladies les plus graves, parce qu'on le voit souvent, malgré le traitement le mieux dirigé, se terminer par une inflammation du cerveau, des méninges, des organes thoraciques, ou plus souvent du péricarde, qui devient presque toujours mortelle, après un laps de temps plus ou moins long. Le pronostic est surtout défavorable pour la péricardite qui se développe dans de pareilles circonstances, ainsi que le démontrent les observations suivantes.

Obs. Ire Un forestier d'environ vingt-huit ans, sujet aux affections rhumatismales, mais du reste bien portant et d'une constitution robuste, éprouva, par suite d'un violent refroidissement une fièvre rhumatismale, qui fut traitée par un régime convenable et des sudo-

(1) *Heidelberger klin. ann.* T. X, part. 4.

rifiques peu violens. Le quatrième jour de la maladie, gonflement et rougeur de l'articulation radio-carpienne droite, de celles du genou et du pied du côté gauche. (Saignées locales; envelopper les parties souffrantes dans du taffetas ciré; un grain de tartre stibié par heure, et pour boisson, de la limonade chaude). La peau du malade était chaude et humide, la langue blanche, la tête lourde, la respiration un peu gênée, le pouls fréquent et plein; la nuit fut sans sommeil et agitée. Le lendemain matin, les articulations indiquées n'étaient plus douloureuses; toutes les articulations des extrémités supérieures et inférieures du côté droit étaient le siége d'une vive douleur, et d'un gonflement considérable qui ne permettait aucun mouvement; ces articulations furent également enveloppées de taffetas ciré; une forte saignée procura un soulagement remarquable, mais passager. Au bout de dix heures les douleurs disparurent, excepté dans les genoux, où la souffrance était encore insupportable. (Vingt sangsues *loco dolenti*). Vers la nuit, le malade parut plus tranquille; mais après un sommeil de deux heures il se réveilla avec une grande anxiété, de la dyspnée, de la douleur à la région précordiale, des palpitations et un pouls très-irrégulier. Le malade resta dans cet état jusqu'au lendemain matin. A cette époque, la région précordiale offrait une tuméfaction remarquable, et donnait un son très-mat à la percussion. Le bruit respiratoire y manquait complètement. Toutes les articulations étaient sans enflure et sans douleur; la peau partout couverte de sueur; la soif était supportable; la langue était rouge aux bords et à la pointe, et blanche au milieu; les selles étaient naturelles, l'urine rouge et peu abondante. (Une saignée; deux grains de calomel toutes les deux heures; sinapismes arrosés de teinture de cantharides, à la paume des mains et à la plante des pieds.) Ces moyens procurèrent une diminution passagère des accidens, qui vers le soir se reproduisirent avec plus d'intensité, et ne purent être calmés en aucune manière par l'application de dix-huit sangsues, et d'un vésicatoire sur la poitrine. Vers le matin, la douleur était insupportable à la région précordiale, le pouls plus irrégulier, la dyspnée plus forte; la région précordiale parut plus gonflée et donna à la percussion un son très-mat. Quant au bruit de cuir neuf, indiqué par Colin, je ne pus le découvrir (1). Une nouvelle saignée ne produisit aucun soulagement, les sinapismes appliqués autour des articulations parfaitement libres d'enflure et de douleur, n'eurent aucun effet, et la mort eut lieu à la fin du neuvième jour, le malade ayant conservé sa pleine connaissance.

(1) A raison de la grande quantité de sérosité qui devait être renfermée à cette époque dans le péricarde, si l'on en juge par la matité du son et la saillie de la région précordiale, il est facile de concevoir pourquoi il n'y avait dans ce cas aucun bruit de frottement. (Voy. à ce sujet le mémoire du docteur Stokes, *Archives générales*, janvier 1834). (*Note du trad.*)

Autopsie, 20 heures après la mort.—Rien d'anormal dans le cerveau et les poumons. Le péricarde était extraordinairement distendu, et contenait un liquide rougeâtre et trouble; sa surface intérieure, dans la partie qui correspond au feuillet fibreux, était tapissée par une fausse membrane solide, d'environ une ligne d'épaisseur, et inégale. Une fausse membrane semblable, mais moins solide et moins épaisse, couvrait l'enveloppe séreuse du cœur; ce dernier n'offrait rien d'anormal, sauf quelques masses polypiformes dans le ventricule droit. Les organes de l'abdomen étaient tous sains.

Obs. II. Une blanchisseuse de 40 ans, qui avait eu plusieurs fois des affections rhumatismales, fut prise, après un refroidissement intense, d'un rhumatisme aigu, qui, malgré plusieurs saignées générales, et un traitement antiphlogistique, changea de place cinq fois dans six jours. Toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs furent successivement le siége de la douleur, du gonflement et de la rougeur, qui étaient considérables. La malade était privée de tout mouvement.

Le septième jour, ces symptômes se calmèrent; le pouls devint moins fréquent; la peau était souple: l'urine semblait annoncer une détente générale, et la malade put se livrer au sommeil pour la première fois. Mais au bout de trois heures elle se réveilla et se sentit moins bien qu'avant son sommeil. Elle devint agitée, et éprouva une dyspnée telle, qu'il lui fut impossible de garder la position horizontale dans son lit. En même temps, toutes les articulations étaient complètement délivrées de la douleur, de la rougeur et du gonflement. Vers le soir, l'anxiété et la dyspnée augmentèrent d'intensité, le pouls était dur et irrégulier, l'urine était abondante et n'était plus *critique* (1); la figure était décomposée. La malade éprouvait au-dessous de la mamelle gauche et à la région précordiale des palpitations douloureuses, qui offraient peu de rémissions, et devenaient de temps en temps si violentes qu'elles lui arrachaient des cris. La position, la respiration et la pression ne paraissaient avoir aucune influence ni pour accroître ni pour diminuer la douleur. La région précordiale n'offrait aucune tuméfaction, mais la percussion y donnait un son mat. Entre ce lieu et la mamelle gauche je ne pus entendre le bruit respiratoire, qui ne manquait dans aucun autre point de la poitrine. Les battemens du cœur étaient irréguliers et inégaux. Aucun bruit, semblable au craquement du cuir neuf, n'était appréciable. (Une saignée: sinapismes autour des articulations des mains et des pieds: intérieurement deux grains de calomel alternant avec un grain de tartre stibié).

Il ne s'opéra aucune amélioration dans la nuit sui-

(1) Le docteur Heyfelder aurait sans doute mieux fait d'indiquer les qualités de l'urine que de se borner à l'emploi du mot *critique* dont la signification, dans ce sens, est loin d'être claire et précise. (*Note du trad.*)

vante il n'y eut ni vomissemens, ni selles; ces dernières furent provoquées et entretenues par des lavemens irritans. Le visage de la malade se décomposa davantage, et devint pâle et froid; les extrémités se refroidirent; les battemens des artères et du cœur restèrent inégaux et irréguliers; la langue était rouge aux bords et à la pointe, et blanche au milieu; la région précordiale n'était point tuméfiée, mais comme la veille elle était le siége d'une douleur insupportable. (Sinapismes autour des membres supérieurs et inférieurs; un vésicatoire sur le milieu de la poitrine; à l'intérieur, mêmes moyens.)

La mort eut lieu le neuvième jour de la maladie, et trois jours après la disparition du rhumatisme. La malade, conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le péricarde considérablement distendu, renfermait une grande quantité de sérosité rougeâtre et trouble : la membrane séreuse, dans sa portion qui tapisse la surface interne de l'enveloppe fibreuse, était d'un rouge foncé, et recouverte d'une couche de lymphe. Tous les organes sans exception étaient sains.

Les observations de péricardite sont assez nombreuses, mais il n'en existe pas beaucoup qui soient décrites avec la précision que réclame impérieusement le diagnostic d'une maladie aussi grave que l'inflammation du péricarde. La maladie qui fait l'objet des deux observations qu'on vient de lire, mérite réellement le surnom de *rhumatismale*, parce qu'il existe évidemment une relation intime entre son invasion et la disparition du rhumatisme articulaire. La maladie semble en quelque sorte se transporter toute entière sur le péricarde, ou au moins agir comme cause prochaine de la péricardite.

Comme signes caractéristiques de l'inflammation du péricarde, nous trouvons dans les deux cas précédens une douleur à la région précordiale, s'étendant chez la seconde malade jusqu'à la mamelle gauche; la dyspnée, la matité du son, et l'absence du bruit respiratoire dans ce point, tandis que dans tout le reste de la poitrine l'auscultation et la percussion donnèrent de résultats normaux; l'irrégularité et l'inégalité des battemens du cœur et des artères. On observa en outre, chez le premier malade, une saillie remarquable de la région précordiale. Le docteur Louis a le premier appelé l'attention sur ce symptôme, et l'a considéré comme un signe pathognomonique de la péricardite (1). Cependant, ce symptôme, qui manquait chez la deuxième malade, ne paraît pas être constant. J'en dirai autant du bruit de cuir neuf, indiqué par Colin.

Je pense qu'on aurait tort de vouloir fonder la certitude du diagnostic d'une maladie sur la présence d'un seul symptôme. L'idiosyncrasie, l'âge, et mille autres circonstances, peuvent être cause de l'absence d'un symptôme important, et faire ressortir d'autres symptômes qui seraient moins saillans sous l'influence d'autres circonstances. On peut citer, comme un autre exemple de l'inconstance des symptômes qui ont été considérés comme caractéristiques de certaines maladies, l'absence de toux dans la pneumonie des enfans, qui, par cela même, ne peut être reconnue qu'à l'aide du stéthoscope et de la percussion.

Le pronostic de la péricardite rhumatismale est extrêmement grave à cause de l'intensité et de la marche rapide de l'inflammation. Rien de plus difficile que de rappeler la maladie à son siége primitif. Malgré le peu de succès qui a suivi l'emploi du traitement antiphlogistique et révulsif, dans les cas précédens, je regarde néanmoins ces moyens comme les seuls sur lesquels on puisse fonder quelque espoir.

(1) La forme de la phrase allemande semble attribuer à M. Louis plus qu'il n'a dit réellement; voici la phrase de ce médecin : «..... La saillie des côtes à la région précordiale est une des circonstances les plus remarquables de cette observation; car si l'on venait à la retrouver dans d'autres cas analogues, ce serait assurément un des symptômes les plus précieux de l'affection qui nous occupe. » (*Note du trad.*)

De la présentation transversale de la tête au détroit inférieur, par Wm.-F. Montgomerry, *professeur d'accouchement à Dublin, etc.* (1).

J'ai insisté fortement dans un autre travail (2) sur la nécessité pour l'accoucheur de connaître parfaitement le mécanisme du travail de l'enfantement et surtout les rapports des différentes régions de la tête de l'enfant avec les diverses parties du bassin pendant l'accouchement naturel. A l'aide de ces connaissances, il pourra rectifier certaines déviations par des moyens à la fois simples et efficaces, et éviter dans beaucoup de cas l'emploi des instrumens, qui, bien que dirigés avec habileté, exposent toujours la mère et l'enfant à quelque danger, et déterminent trop souvent des accidens extrêmement graves. Les considérations qui suivent viennent à l'appui de ce principe.

Il n'est guères de médecins livrés à la pratique des accouchemens qui n'aient rencontré quelquefois des cas dans lesquels, bien que tout semblât prendre un aspect favorable, et bien que le travail marchât en apparence rapidement vers une heureuse terminaison, la tête devenait tout-à-coup stationnaire dans la *cavité du bassin*, et y demeurait plusieurs heures ou même assez longtemps pour qu'on fût obligé de terminer promptement l'accouchement; et cela, lorsqu'il n'existait en réalité aucun défaut d'espace qui pût s'opposer à son libre passage. La cause de cette sorte d'arrêt dans la marche du travail ne me paraît pas généralement comprise; elle est due à une espèce particulière de déplacement que je désigne dans mes leçons sous le nom de *malposition transversale*. (*Transverse malposition*).

(1) Dublin Journal, n° 17.

(2) *Ibid.* n° 13.

Lorsque l'accouchement s'opère le plus régulièrement possible, la tête s'engage dans le bassin, ayant son axe le plus long en rapport avec l'un des diamètres obliques de cette cavité, et le menton en contact avec la poitrine jusqu'à ce que le vertex soit descendu assez bas pour appuyer sur les parties molles qui forment le plancher du bassin. Alors l'occiput se dirige vers l'arcade du pubis et la face s'enfonce dans l'excavation du sacrum; puis le menton s'éloigne de la poitrine, et l'occiput se dégageant de dessous le pubis, la tête sort en tournant sous la paroi antérieure du bassin, comme sur un pivot. De cette manière, la tête passe à travers la cavité osseuse et inextensible du bassin dans une position telle qu'elle occupe le moins d'espace possible; et l'éloignement du menton de la poitrine, qui fait occuper plus d'espace à la tête, ne s'opère que quand celle-ci, dégagée du bassin, n'est plus resserrée dans des limites étroites. Mais il arrive quelquefois que cette disposition favorable est troublée, et que la tête est complètement arrêtée par la déviation suivante : La tête étant entrée dans la cavité pelvienne dans la position indiquée tout-à-l'heure, l'occiput, au lieu de se tourner en avant vers le pubis, se porte vers l'ischion, et la face, au lieu de se retirer vers le sacrum, se place dans l'espace compris entre l'épine de l'ischium du côté opposé et la tubérosité du même os, le menton s'étant éloigné de la poitrine. La tête est placée, par rapport au détroit qu'elle doit franchir, de la manière la plus défavorable, puisqu'elle lui présente ses plus grandes dimensions, son plus grand diamètre appuyant de chaque côté sur les tubérosités de l'ischium, tandis qu'en même temps le pariétal appuie sur la partie inférieure du sacrum et sur le coccyx. Ainsi, la tête est dans la même condition qu'une boule qui serait soutenue par trois points presque équi-distans, solides et immobiles. Dans un tel état de choses, l'action de l'utérus, bien que très-énergique, semble tout-à-fait insuffisante, soit pour changer les rapports vicieusement établis, ou pour effectuer la délivrance tant que ces rapports existent. Si l'on explore l'état des parties par le toucher, le doigt passe facilement entre la tête du fœtus et le pubis, ainsi qu'en arrière, excepté au point correspondant à l'extrémité du sacrum. Mais dans ce point et au niveau des tubérosités de l'ischium, on sent la tête étroitement enclavée; la fontanelle antérieure occupe le centre de la partie qui se présente, et la suture sagittale est exactement transversale par rapport au détroit inférieur. Les faits rapportés ci-dessous feront voir jusqu'à quel point et combien de temps cette position vicieuse résiste aux efforts les plus énergiques de la matrice, et avec quelle facilité on peut la rectifier. On verra aussi que cet obstacle, survenant à une époque où l'on attend de moment en moment la fin du travail, est d'autant plus embarrassant que des couches antécédentes ou l'exploration des parties ne permettent point de doute que le bassin ne soit suffisamment large, puisque l'on peut sans difficulté élever la tête du fœtus, qui retombe immédiatement dans sa position vicieuse, et y reste jusqu'à ce qu'on lui imprime la modification indispensable. Il faut agir de la manière suivante : on applique deux doigts dans le point d'union du pariétal avec le frontal, en avant; puis, *dans l'absence de la douleur*, on presse de bas en haut sur le front, et on le pousse en arrière vers le sacrum; on le retient dans cette position jusqu'à la prochaine douleur, qui ordinairement complète la rectification; ensuite l'accouchement se termine promptement. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si, pendant la descente de la tête, on observait une tendance vers cette position vicieuse, il faudrait s'y opposer en mettant en usage sur-le-champ le procédé qui vient d'être décrit; cette pratique m'a réussi dans quelques cas.

Obs Ire. — Le mercredi, 15 juillet 1829, je fus appelé en consultation avec les Drs Gregory et Carter. Le travail de l'enfantement avait commencé le lundi soir, et avait marché rapidement dans la journée du mardi. A six heures après midi, le périnée était distendu, et la tête semblait sur le point de franchir la vulve; cependant elle resta dans cette situation jusqu'à neuf heures du matin, le mercredi, époque à laquelle je vis la malade. L'utérus n'avait pas cessé d'agir avec énergie, et les parties molles étaient parfaitement dilatées. La malade était à son second accouchement; elle était jeune, bien portante et bien conformée; dix-huit mois auparavant elle avait mis au monde, après un travail facile de cinq ou six heures, un enfant à terme, bien développé. En touchant cette femme, je trouvai que la tête appuyait sur le périnée; je passais facilement mon doigt entre elle et la symphyse du pubis, mais de chaque côté il n'y avait aucun espace libre; la fontanelle antérieure se présentait à la partie centrale du détroit inférieur; la suture sagittale était parallèle au diamètre transversal de ce détroit, et l'occiput était tourné vers l'ischium du côté gauche; l'utérus se contractait avec force, mais ce qu'il produisait, c'était un léger abaissement de la tête qui, après la cessation de chaque douleur, reprenait aussitôt sa position. Je plaçai alors deux doigts sur le côté du front, je l'élevai et le poussai en arrière, vers la symphyse sacro-iliaque, dans l'intervalle de deux douleurs, et je le maintins dans cette position; au moment de la prochaine contraction, je renouvelai la pression d'avant en arrière; alors le front glissa dans la place qu'il doit occuper, le vertex se tourna en avant vers l'arcade des pubis, et *en deux minutes environ*, l'accouchement fut terminé par la naissance d'un enfant bien portant.

Obs. IIe Le 14 janvier 1834, je fus appelé par M. Dunlop, pour un accouchement qui durait depuis longtemps, et où la violence des contractions lui faisait craindre une rupture de l'utérus, si la tête n'était promptement dégagée; la femme était à son cinquième accouchement, les quatre premiers avaient été prompts et heureux. Cette fois, le travail avait commencé la veille au soir, les douleurs avaient été modérées pendant la nuit, mais vers le matin elles étaient devenues plus énergiques, et à sept heures et demie la tête appuyait sur le périnée, au point qu'on attendait à tout moment sa sortie, mais

elle était restée là sans faire le moindre progrès. Lorsque j'arrivai à onze heures et demie, bien que l'utérus, pendant les quatre heures intermédiaires, se fût contracté au point de faire craindre avec raison une rupture, le périnée était saillant; les parties molles étaient souples et dilatées; la tête était dirigée transversalement au détroit inférieur; l'occiput appuyait contre la tubérosité de l'ischium droit, et le front contre celle du côté gauche; la tête était probablement descendue en seconde position. Il y avait beaucoup d'espace entre elle et le pubis, et *l'on pouvait facilement l'élever dans la cavité du bassin;* mais la douleur suivante la replaçait à l'instant même dans sa position vicieuse, et une fois là, les contractions utérines n'avaient plus aucun effet sur elle. Je pratiquai immédiatement la même manœuvre que dans le cas précédent: je soulevai le front et le poussai vers le sacrum; sous l'influence d'une contraction utérine, il prit presque instantanément une position convenable, et *la contraction, qui eut lieu immédiatement après, opéra l'expulsion de la tête;* le tronc suivit aussitôt, et *en moins de deux minutes,* à partir du moment de cette modification, le travail fut terminé. L'enfant était vivant et robuste.

Il est à remarquer que ces femmes avaient déjà eu des enfans sans difficulté, et qu'il était facile de reconnaître que leur bassin était suffisamment large pour l'accouchement, ce qui a été vérifié par le fait; et cependant l'obstacle qui résultait de la position vicieuse de la tête fut tel qu'il résista dans un cas quinze heures, et dans l'autre quatre heures, aux contractions de l'utérus, qui furent assez fortes pour expulser le fœtus à l'instant même où la position de la tête fut modifiée.

Je ne puis offrir aucune explication satisfaisante quant à la cause de cette position vicieuse, et il me semble que ceci est peu important. L'opinion de Levret, qui pensait que de tels vices de position dépendent du lieu d'insertion du placenta, et si peu appuyée sur les faits et si imaginaire qu'il n'est pas nécessaire de la prendre en considération. Il n'est pas plus satisfaisant de les expliquer par la direction ou l'action oblique de l'utérus, Rœderer attribue des déviations analogues à la direction vicieuse des épaules, qu'il suppose alors placée transversalement au petit diamètre du bassin. Qu'il en soit ainsi quelquefois, ce n'est point improbable; mais dans le cas particulier qui nous occupe, cette explication n'est pas admissible; car il est extrêmement facile de changer la position de la tête du fœtus sans agir sur son corps. Toutefois ce qui est certain, c'est que, quand cette position vicieuse a lieu, le menton du fœtus s'est écarté de sa poitrine; le front est descendu aussi bas que l'occiput, et il est indispensable de le relever. Tant que la position transversale persiste, les efforts naturels sont insuffisans, le forceps ne remplit point le but, et la version est en dehors de la question, de sorte que, si la difficulté n'est bas bien comprise, on sera obligé de recourir à la céphalotomie. Il semble très-raisonnable de croire qu'une saillie ou courbure anormale de l'épine de l'ischium pourrait déterminer cet accident. En effet, dans ce cas, le front ne pouvant glisser en arrière, et étant toujours poussé par les contractions utérines, doit être nécessairement poussé en bas dans la position vicieuse indiquée; et l'occiput, doit, par conséquent, prendre une position correspondante de l'autre côté du détroit.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Tumeur encéphaloïde dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale. Observation recueillie par M. Sonnié Moret, *interne des hôpitaux.*

Henriette Morel, ouvrière, âgée de 34 ans, cheveux châtains, a été menstruée dès l'âge de 12 ans, mais jamais d'une manière régulière. Elle était habituellement constipée, et n'allait guère à la selle que tous les trois ou quatre jours. Mariée à 22 ans, elle eut, un an après, un enfant qui n'a pas vécu. A la suite de son accouchement, elle eut des hémorrhoïdes qu'elle fit disparaître en partie en les touchant avec un onguent. Depuis plusieurs années les règles s'annonçaient par du mal-aise et des douleurs assez fortes qui augmentèrent d'intensité il y a trois mois. Dans le courant de juin dernier, des efforts pour aller à la selle amenèrent la sortie par l'anus, d'une tumeur molle, longue d'environ deux pouces, que la malade compare à un intestin. Quarante-huit sangsues furent appliquées en deux fois sur cette tumeur, puis elle fut réduite. Les douleurs ont sans cesse augmenté depuis, quoique la tumeur, qui n'était probablement autre chose qu'un paquet d'hémorrhoïdes, entraînant une partie de la muqueuse du rectum, ne se soit pas montrée de nouveau.

Le 16 août, examinant cette malade pour la première fois, je la trouve dans un état d'amaigrissement considérable; le teint est jaunâtre, la respiration suspirieuse; changemens fréquens de situation dans le lit; langue sèche, soif, pas d'appétit, vomissemens de matières bilieuses; douleurs dans les lombes et dans le bassin; l'abdomen n'est point douloureux à la pression, et on n'y sent point de tumeur; ténesmes fréquens. Après beaucoup d'efforts, sortie d'une petite quantité de matières mêlée de glaires. L'émission des urines est également difficile et douloureuse. Le périnée est saillant. Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre à peu de distance sur la paroi postérieure, une tumeur à surface sans inégalités, qui fait une saillie bien plus considérable du côté du rectum, où elle presente également une surface lisse et arrondie. On reconnaît facilement que la tumeur, qui paraît avoir le volume du poing, a son siége dans la cloison recto-vaginale, et que les parois du rectum du vagin ne sont nullement altérées. Le toucher, quoique pratiqué avec les plus grandes précautions, est extrêmement douloureux.

Le 25. plaintes continuelles; pas de sommeil; céphalalgie; langue sèche, le bouillon même est pris en dégoût; vomissemens bilieux tous les jours, répétés à plusieurs reprises chaque jour; coliques dans le bas-ventre; abdomen indolent à la pression. Le foie descend au-delà du rebord cartilagineux des côtes; il ne sort par les selles que quelques mucosités transparentes; l'excrétion des urines est toujours difficile et douloureuse. Pas de toux.

Depuis quatre jours, battemens dans la région cardiaque et à l'épigastre, s'étendant au côté gauche du thorax. La tête appliquée au niveau du cœur est soulevée, mais l'oreille ne perçoit qu'un bruit exagéré sans caractère particulier.

L'état de la malade empire chaque jour. Le 31 août elle a du délire pendant la nuit, et pousse des cris continuels. Depuis deux ou trois jours elle rend par les selles une certaine quantité de sang.

Le 1er septembre au soir, le désordre de l'intelligence est complet; cris par intervalles; les yeux sont largement ouverts et brillans; la parole a repris de la force; le pouls est fréquent, vibrant; la langue très-sèche; la malade dit se trouver beaucoup mieux. Elle meurt à une heure du matin.

Autopsie 33 heures après la mort. — La vessie, presque vide, est déjetée à droite; l'utérus l'est du côté gauche, et son fond dépasse le niveau du pubis. En arrière de ces deux organes on voit les limites supérieures de la tumeur recouvertes d'une membrane facile à déchirer, d'une couleur blanchâtre en avant, noirâtre en arrière, où elle offre près du rectum plusieurs ouvertures par lesquelles on pénètre au milieu d'un tissu ramolli, dont aucune partie au reste n'est épanchée dans le bassin ou dans l'abdomen. Tout-à-fait en arrière, on n'aperçoit du rectum que son extrémité supérieure placée sur la ligne médiane; des matières fécales moulées existent en assez grande quantité dans cet intestin ainsi que dans le colon.

La vessie et le vagin sont sains; le corps de l'utérus ayant un peu plus d'un pouce et demi d'avant en arrière, et deux pouces et demi transversalement, contient dans l'épaisseur d'un tissu sain, du reste, des corps fibreux dont le plus gros est du volume d'une petite noix. Le museau de tanche est effacé; deux petits kystes occupent la place de la lèvre antérieure, et en ont la forme. On voit d'autres kystes plus petits répandus en grand nombre à la face interne du col. La surface interne de l'utérus offre quelques végétations molles et blanchâtres. A l'extérieur le péritoine recouvre cet organe comme à l'ordinaire; seulement il descend moins bas en arrière, et là on voit près de la tumeur quelques fausses membranes de forme irrégulière, et de la couleur des tissus environnans.

Des deux ligamens, larges, le droit est beaucoup plus étendu que celui du côté gauche, l'utérus appuyant de ce côté contre les parois du bassin. Les ovaires sont sains; le gauche est embrassé par la trompe, qui, passant derrière lui, adhère par l'extrémité de son pavillon au corps de l'utérus. Le droit est aplati, adhérent à la tumeur par la moitié interne de sa face postérieure, mais sans se confondre aucunement avec elle. Le pavillon de la trompe vient ici se perdre sur l'enveloppe supérieure de la tumeur. La cavité des deux trompes contient une petite quantité d'un liquide blanchâtre peu épais.

Le rectum se moule sur la convexité que forme la face postérieure de la tumeur. Il offre au pourtour de l'anus quelques petites tumeurs hémorrhoïdales; et, à environ cinq pouces de ce point, sa paroi antérieure présente une perforation à bords noirâtres, d'un demi-pouce de diamètre, par laquelle le manche du bistouri pénètre avec la plus grande facilité dans un tissu ramolli. Le reste de cet intestin est parfaitement sain, ainsi que l'S iliaque du colon.

La paroi postérieure de l'utérus (1), du vagin, de l'ovaire droit, et la paroi antérieure du rectum, sont seulement contiguës à la tumeur; elles ont quelques adhérences assez intimes, mais elles ne font nullement corps avec elle.

Le volume de cette tumeur est presqu'égal à celui d'une tête de fœtus à terme; elle est un peu aplatie d'avant en arrière, d'une surface assez égale, d'une consistance molle. Elle offre dans son intérieur deux substances assez tranchées, l'une occupant le centre, et la partie inférieure plus consistante, d'un jaune-rougeâtre, semblable à la fibrine contenue dans les sacs anévrysmatiques, à la couleur près qui est moins intense; se laissant diviser en petits faisceaux dans un même sens l'autre occupe la partie supérieure et est distribuée au pourtour de la masse: elle est constituée par de la matière encéphaloïde presque complètement ramollie, et réduite en plusieurs points à l'état de putrilage. On voit de petites branches vasculaires se ramifier çà et là dans cette matière.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Ainsi le siége de la tumeur me paraît bien déterminé; elle occupe le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, et c'est dans ce tissu qu'elle a eu son point de départ.

Nous n'avons point de renseignemens précis sus le début de cette affection et les progrès qu'elle a pu faire, la malade n'ayant pas été examinée avant son entrée à la Pitié. Depuis longtemps l'invasion des règles s'annonçait par des douleurs assez vives qui augmentèrent tout-à-coup et devinrent continues. Cette exaspération reconnaîtrait-elle pour cause un abondant épanchement sanguin dans la tumeur, épanchement sanguin auquel se rattacherait la formation de cette masse considérable, semblable à la fibrine qui en constitue la plus grande portion?

---

(1) La paroi postérieure du col de l'utérus ne peut être complètement isolée, mais plusieurs coupes faites en cet endroit, perpendiculairement à la surface de la matrice, montrent que les parois ne sont nullement altérées, et que leur épaisseur y est proportionnelle à celle du reste de l'organe: une légère démarcation parfaitement tranchée forme là les limites du mal.

Tous les organes importans se trouvant en dehors des limites du canal, on s'explique facilement comment l'attention de la malade fut trop tard éveillée pour qu'il ait été possible de la secourir. L'extirpation de la tumeur eut peut-être été praticable à une époque peu avancée; mais si l'on considère la répugnance qu'ont toutes les malades à se laisser visiter d'assez bonne heure, la marche insidieuse des affections cancéreuses à leur début, et la difficulté du diagnostic, on conviendra que des tumeurs ainsi placées, quoique avec les conditions d'isolement les plus favorables, seront presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

REVUE GÉNÉRALE.

—

Anatomie et Physiologie.

De l'existence d'une membrane fibreuse, propre au poumon; *par le docteur* Stokes. — Tandis que le péricarde est considéré comme fibro-séreux, au moins dans la portion qui ne se réfléchit pas sur le cœur, la plèvre n'est pour les anatomistes qu'une membrane séreuse, entre laquelle et le poumon il n'existe rien autre chose qu'une couche de tissu cellulaire, appelé tissu cellulaire sous-séreux. Cependant il m'est arrivé plusieurs fois de démontrer l'existence d'une capsule très-forte, située entre la membrane séreuse et le tissu pulmonaire, et qui enveloppe complètement les poumons. A l'état sain, cette capsule, bien que douée d'une grande force, est *transparente*, ce qui établit une différence entre elle et la capsule fibreuse du péricarde; cette circonstance explique pourquoi elle est restée si long-temps ignorée.

J'observai cette membrane pour la première fois en disséquant le poumon d'un sujet qui était mort de pneumonie chronique. En incisant le tissu pulmonaire à travers la plèvre, j'aperçus trois couches distinctes. L'une était formée par la plèvre; celle du milieu, probablement par le tissu cellulaire sous-séreux, épaissi et induré; la troisième était très-dense et presque opaque. Depuis ce moment, j'ai vu plusieurs fois cette tunique sur des poumons malades, et je suis parvenu à en démontrer l'existence sur des poumons sains. Elle est toutefois beaucoup plus facile à apercevoir dans le cas de maladie du poumon, parce qu'alors ces tissus sont plus ou moins hypertrophiés et rendus opaques.

Pour la démontrer sur un poumon sain, j'emploie le procédé suivant : Je donne un certain degré de tension à une portion de poumon, ce qui s'obtient en comprimant les portions sous-jacentes, de manière à remplir d'air les cellules les plus superficielles de la portion qui doit être tendue. Alors, avec un scalpel bien tranchant, je fais, à la surface de cette portion de poumon, la scarification la plus superficielle possible en forme d'U. Cette incision divise la plèvre, sans atteindre le feuillet fibreux. En saisissant avec des pinces très-fines le bord inférieur de l'incision, on obtient, par une traction prudente, et en coupant de temps en temps les filamens du véritable tissu cellulaire sous-séreux, un lambeau de la plèvre qui peut-être renversé, et qui laisse les cellules aériennes encore protégées par une couche fibreuse, résistante, bien que diaphane. La surface de cette couche fibreuse, même après l'enlèvement de la membrane séreuse, est encore polie et luisante. A l'aide du scalpel je forme de la même manière un lambeau de cette tunique fibreuse, qui se renverse également, et laisse apercevoir la surface du poumon irrégulière et charnue. La solidité de cette membrane peut être appréciée, soit en exerçant sur elle des tractions avec les pinces, soit en la soulevant avec la pointe du scalpel.

Cette membrane enveloppe la totalité des deux poumons, recouvre une partie des gros vaisseaux; le péricarde semble n'être que sa continuation, et la force beaucoup plus considérable dont il est doué est en harmonie avec ses fonctions. Elle recouvre le diaphragme, sur lequel elle présente plus d'opacité, et conjointement avec la plèvre elle tapisse la face interne des côtes; puis, en se réfléchissant, elle forme le médiastin, qui, par conséquent, est constitué par quatre feuillets, deux séreux et deux fibreux.

Cette disposition n'est pas seulement intéressante sous le point de vue anatomique, elle l'est encore pour la physiologie et la pathologie. Elle établit une analogie de plus entre le poumon d'une part, et d'autre part avec les organes parenchymateux et glandulaires de l'abdomen, qui sont revêtus d'une capsule fibreuse, et elle révèle cette loi générale de l'union constante de toute membrane séreuse avec une fibreuse; ainsi qu'on le voit pour l'arachnoïde, le péricarde, le péritoine, la tunique vaginale du testicule, et les capsules synoviales.

Sous le point de vue pathologique, la présence de cette membrane fibreuse explique les douleurs de la pleurodynie et de la pleurite, et la rareté des perforations de la plèvre, rareté très-remarquable eu égard à la fréquence des ulcérations du poumon, lesquelles marchent constamment vers la surface du viscère jusqu'à ce qu'elles ne soient plus limitées que par la tunique fibreuse. Dans la pleurésie avec épanchement, elle peut servir à expliquer la disposition du poumon et les rides de sa surface quand le liquide est évacué. J'ai aussi quelques raisons pour croire que c'est cette membrane qui est le siége des ossifications de la plèvre.

Le docteur Hart a démontré également l'existence de cette tunique fibreuse dans ses leçons d'anatomie. Il y a déjà quelques années qu'il a été conduit à la même opinion que moi par des circonstances semblables, c'est-à-dire, par la dissection de poumons atteints d'inflammation chronique. Suivant lui, la portion la plus forte de cette tunique est celle qui est sous-jacente à la plèvre costale. (*Dublin Journal*, N° 18, janvier 1835).

Pathologie et Thérapeutique.

Héméralopie épidémique. — L'auteur, qui a inséré déjà une note sur ce sujet dans le Journal dont celle-ci est tirée (1833, N° 4), appelle de nouveau l'attention sur cette héméralopie épidémique qui reparaît tous les étés depuis cinq ans dans une maison de bienfaisance de cette ville (Berlin), contenant cent enfans. Dans l'été de 1833, cette maladie avait encore reparu, sans qu'il fût possible de lui assigner aucune cause appréciable. Cette fois, 23 garçons et 9 filles en furent atteints, en tout 32 sujets, 8 de moins que l'année précédente. Eu égard à l'âge, ils se classaient ainsi qu'il suit : de 6 à 7 ans, 5 malades ; de 8 à 9 ans, 11 ; de 10 à 11 ans, 13, et de 12 à 13 ans, 3 ; mais il faut observer que le plus grand nombre des enfans sont dans l'âge de 5 à 10 ans, et qu'il n'y en a que peu au-dessous de 12 dans cet établissement. La maladie reparut tout-à-fait de la même manière que je l'ai déjà décrite. Chez 14 elle parut dès le mois d'avril, circonstance qui prouve que la cause ne réside pas dans les chaleurs de l'été, ni dans la lumière éblouissante du soleil ; 13 enfans tombèrent malades en mai, et seulement trois en furent atteints en juin. Découragé par l'insuccès de toutes mes tentatives antérieures contre cette maladie, je n'entrepris rien cette année pour en arrêter la marche ; j'en abandonnai la guérison à la nature. Cette guérison eut lieu spontanément chez tous les malades comme dans l'année précédente. L'héméralopie disparut, chez le plus grand nombre, au mois d'août. Sa durée fut de quatre mois chez dix des enfans, de trois mois chez quatorze ; de deux mois chez cinq, et d'un mois chez trois.

Ce phénomène est assurément très-remarquable, et particulièrement le retour de cette cécité nocturne chez trois enfans depuis cinq ans, et chez douze depuis quatre ans.

Il n'est pas douteux que c'est quelque cause endémique qui favorise dans cet établissement le développement de cette maladie ; mais toutes les recherches que j'ai faites à ce sujet n'ont fourni aucune donnée sur la cause. (*Wochenschrift de Casper*, N° 14. 1834).

Rupture des valvules aortiques ; *par le docteur W.* Henderson. — James Lamb, ouvrier, âgé de 44 ans, menant une vie irrégulière, réclama mes soins le 6 septembre 1834. Il était en proie à une dyspnée si continuelle et si intense, qu'il pouvait rarement se coucher dans son lit, et qu'il dormait habituellement dans une chaise. Son visage était comme privé de sang, et portait l'empreinte d'une vive anxiété ; ses lèvres étaient livides. Il avait une toux fréquente qui était ordinairement suivie de l'expectoration d'une médiocre quantité de mucus jaune et visqueux. Il éprouvait une douleur vive et constante à la région précordiale, le long des cartilages des côtes gauches ; pouls 110, régulier, mou, et modérément plein ; constipation ; sueurs nocturnes abondantes ; un peu d'œdème des jambes et de la face ; urines rares. L'impulsion du cœur était très-forte au-dessus de l'organe lui-même et dans une certaine étendue à l'entour. Elle était accompagnée par un bruit de soufflet bien marqué. Le second bruit du cœur avait un peu les caractères du bruit de soufflet, mais il était obscur, mal caractérisé, et semblait être la terminaison du premier bruit prolongé.

Quatre mois environ avant ma visite, cet homme faisant un violent effort pour pousser une voiture pesamment chargée sur une route montante, fut pris subitement d'une dyspnée intense suivie de syncopes. On fut obligé de le rapporter chez lui, depuis ce temps sa respiration est restée gênée, et quand je le vis il y avait plus de six semaines que son état avait pris le degré de gravité indiqué. Le malade attribuait à l'influence du froid et de l'humidité cette augmentation considérable dans l'intensité des symptômes. (14 sangsues sur le cœur ; cinq grains de calomel avec un demi-grain d'opium, trois fois par jour). Pendant les deux jours suivans, la respiration plus facile. Le 8 septembre, l'impulsion du cœur n'était pas plus forte qu'à l'état normal.

Le 10, l'impulsion était faible et diffuse dans le point de la paroi thoracique correspondant aux ventricules, depuis la quatrième côte jusqu'à la sixième. Le premier bruit s'accompagnait d'un bruit de soufflet ; le second bruit était remplacé par un souffle obscur. Au niveau du cartilage de la quatrième côte gauche, avec l'impulsion du cœur coïncidait un bruit de soufflet plus fort que celui qui était perçu au-dessous de ce point ; le second bruit était à peine appréciable. A mesure qu'on appliquait le stéthoscope plus haut, les deux bruits devenaient de plus en plus distincts ; et près de l'extrémité supérieure du sternum, surtout au-dessus de sa portion droite, au-niveau du cartilage de la seconde côte, ces deux bruits semblaient tout près de l'oreille ; ils étaient forts et légèrement rudes (rough). Si l'on s'écartait de ce point latéralement, ils devenaient de moins en moins appréciables, et cessaient d'être entendus vers les régions axillaires. Au-dessus des clavicules un seul bruit était entendu assez distinctement, mais on ne pouvait lui reconnaître aucun des caractères du bruit de soufflet. A la hauteur du cartilage de la quatrième côte droite, les deux bruits étaient forts, et offraient les mêmes caractères que dans le point correspondant du côté gauche ; mais depuis le cartilage de la quatrième côte jusqu'à celui de la septième, on entendait bien moins de bruit de soufflet pendant la contraction ventriculaire, et le second bruit était presque pur et très-fort. Au niveau du tiers supérieur du sternum, on percevait une impulsion diffuse comme celle de la région précordiale, mais quelquefois plus distincte, surtout quand on auscultait avec le stéthoscope.

Le son était beaucoup moins clair dans toute l'étendue du sternum qu'à la partie supérieure de la poitrine, en quelque point qu'on percutât. Une matité semblable existait entre la quatrième et la sixième côtes gauches, à la distance de deux pouces latéralement, et au-delà de la ligne du mamelon. En arrière, le son était mat à la partie inférieure de la poitrine, et dans le même

endroit on entendait du râle sous-crépitant et du râle muqueux.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'au 29 septembre, jour de la mort. L'impulsion du cœur ne devint jamais plus forte; fréquemment elle fut double, un choc accompagnant chaque bruit; quelquefois même le second choc fut plus prononcé que le premier. Les bruits furent habituellement faibles à la région du cœur.

Le traitement se composa de deux saignées, et de l'emploi des narcotiques et des diurétiques.

Autopsie. — Le côté droit de la poitrine renfermait environ cinq livres de sérosité sanguinolente. La partie antérieure et supérieure du poumon droit s'avançait sur l'aorte ascendante qu'elle recouvrait : elle était complètement dense et sans crépitation. Cette induration du tissu pulmonaire derrière le sternum s'étendait dans presque toute la longueur de cet os, et offrait environ trois doigts de largeur. Une partie de la surface de section de ce tissu induré était brune; l'autre partie avait le même aspect que la surface de section d'un caillot de sang veineux. Quelques autres parties de ce poumon offraient des foyers apoplectiques semblables. Sa moitié inférieure était infiltrée de sérosité noirâtre. Le péricarde contenait environ six onces de sérosité sanguinolente. Le cœur avait presque le double de son volume naturel; toutes ses cavités étaient dilatées, principalement le ventricule gauche, qui avait acquis une grande capacité, et offrait une forme arrondie. Les parois de ce ventricule étaient hypertrophiées. Les orifices auriculo-ventriculaires étaient assez larges pour admettre quatre doigts. L'artère pulmonaire était saine. L'aorte thoracique n'offrait de dilatation en aucun point; sa membrane interne était polie et saine; mais les valvules de son orifice étaient profondément altérées; deux de ces valvules semblaient avoir été arrachées de leur insertion; l'une était séparée de ses points d'attache dans un tiers environ de son étendue, l'autre dans une étendue de quatre lignes. Les deux déchirures étaient réunies en une seule lacune à bords frangés, par une portion de la membrane interne du vaisseau, qui était soulevée et passait de la base de l'une à celle de l'autre. Les deux valvules étaient en outre recouvertes par des végétations fibrineuses, dont l'une, ayant le volume d'un pois, était remplie de graviers, et était attachée au bord de l'une des valvules par un pédicule long de trois lignes. La troisième valvule était entière et chargée de plaques fibrineuses et calcaires.

Il paraît très-probable que les symptômes décrits ci-dessus reconnaissaient pour cause et pour origine la rupture des valvules de l'aorte. La première apparition des symptômes date d'un moment où le malade se livrait à un effort très-violent, circonstance qui favorise particulièrement les lésions des organes de la circulation. Il est aussi digne de remarque qu'aucun point de la membrane interne du cœur ou de l'aorte ne présentait de traces d'inflammation. Toute la lésion était limitée aux valvules, de sorte que la maladie semblait entièrement locale. Il n'est point non plus sans intérêt de considérer l'influence, sur les résultats stéthoscopiques, de la portion du poumon hépatisée qui recouvrait l'aorte ascendante, et qui avait fait croire à plusieurs médecins qu'il existait un anévrysme de ce vaisseau. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, janvier 1835).

Rupture du tendon du biceps brachial; *par Sir George Ballingall.* — M. D., âgé de 50 ans, bien portant et actif, élevant un lourd fardeau avec la main droite, éprouva tout-à-coup à la partie inférieure du bras, un peu au-dessus du coude, une sensation de craquement accompagnée d'un bruit éclatant, et suivie d'un engourdissement douloureux du membre. L'objet qu'il soulevait s'échappa aussitôt de sa main, son membre ne pouvant plus exécuter ses fonctions habituelles. Quelques secondes après l'accident, lorsqu'il voulut ôter son habit, la tuméfaction du bras était déjà telle, qu'il ne put y parvenir qu'avec beaucoup de peine. Une tumeur considérable occupait la partie moyenne du bras, au niveau du ventre du muscle biceps. Pensant que ce gonflement était dû à une infiltration, M. D. se fit appliquer un bandage assez serré. Il n'éprouva alors presqu'aucune douleur, et put se servir assez bien de son bras. Le lendemain matin la tumeur avait beaucoup augmenté de volume, elle paraissait due entièrement à la rétraction et au gonflement du biceps lui-même. Ce qui confirmait cette opinion, c'est qu'on trouvait dans l'excavation qui existait au-dessous de la tumeur, un corps qui paraissait être le tendon du biceps, libre à l'une de ses extrémités, et pouvant être porté à droite et à gauche avec une grande facilité. L'appareil qui fut appliqué se composa de deux pièces de cuir lacées exactement et très-serrées, l'une sur le bras et l'autre sur l'avant-bras; une lanière s'étendit de l'une à l'autre, et eut pour but de tenir le bras fléchi. Les mouvemens que fit le malade dérangèrent cet appareil, qui fut mis de côté après dix ou quinze jours. Le tendon avait peu-à-peu contracté des adhérences avec les parties voisines, et quoiqu'il y eût encore un gonflement considérable du muscle et une différence notable entre la forme des deux bras, cependant M. D. pouvait se servir assez bien du membre malade. Ce membre est resté beaucoup moins fort que l'autre; tout effort pour élever un objet d'un certain poids avec l'extrémité des doigts, y détermine de la douleur ou des crampes; si l'on compare les deux bras au moment où l'avant-bras se fléchit avec force, on voit le tendon du biceps du côté gauche se tendre et faire une saillie manifeste. Rien de semblable ne s'observe du côté droit, et ici la flexion semble s'opérer uniquement par le brachial antérieur et les fléchisseurs du carpe et des doigts. Dans l'état de repos, le ventre du biceps est plus élevé et plus volumineux que du côté sain. Le mouvement de pronation est resté difficile; le malade éprouve surtout de la peine à exécuter le mouvement en vertu duquel le radius tourne alternativement en dedans et en dehors autour du cubitus, comme cela a lieu quand on verse avec précaution une substance pulvérisée renfermée dans un vase à large goulot. Cette difficulté de la pronation est remarquable en ce que, d'après les fonctions assignées au

biceps, il semble que c'est plutôt la supination qui aurait dû être lésée. (*The Edinb.*, janvier 1835).

Diabète sucré, nullement amendé par la méthode antiphlogistique, et heureusement traité par le régime azoté; *obs. communiquée par* J. Fournet, *interne des hôpitaux de Paris.* — Le nommé Josia, âgé de 29 ans, avait joui d'une bonne santé et d'une constitution robuste jusqu'au commencement de l'été de 1834. A cette époque, il fut pris d'une soif assez vive, qu'il satisfaisait en buvant d'assez grandes quantités d'eau froide; peu de jours après, il observa que la quantité de ses urines avait augmenté d'une manière remarquable; bientôt l'accroissement proportionnel de la soif, de la quantité des boissons, et de celle des urines se prononça d'une manière rapide; en même temps ses forces diminuèrent, et sans éprouver pour cela aucun symptôme fébrile, il s'aperçut avec inquiétude qu'il maigrissait beaucoup depuis la première époque indiquée. Au maximum de la soif, il buvait alors six carafes d'eau pour les 24 heures; l'excrétion urinaire, extrêmement fréquente dans la même journée, se tenait toujours dans un rapport proportionnel avec la quantité des boissons. Questionné sur la cause de ces changemens dans sa santé, il ne pouvait les attribuer, et la soif excessive spécialement, qu'au métier fatigant de crieur auquel le condamnait son état de marchand en plein air, et surtout dans une saison aussi chaude que le fut l'été de 1834. Quelques douleurs à l'épigastre, qui survinrent alors et s'accompagnèrent de quelques vomissemens, le firent, peu de temps après, entrer à la Charité, dont il sortit bientôt, guéri seulement de ses douleurs et de ses vomissemens, par quelques ventouses scarifiées appliquées à l'épigastre. Il avait repris son travail accoutumé depuis fort peu de jours, lorsque sa maigreur, l'intensité de sa soif, l'augmentation des urines et l'apparition d'un œdème assez considérable des membres inférieurs, qui succéda à des crampes éprouvées dans les gras de jambe, le portèrent à entrer à l'hôpital St.-Antoine, dans le service de M. Malet, le 21 octobre 1834, cinq mois après l'apparition des premiers accidens.

Il était alors tourmenté de la soif la plus vive, et ses urines se sont élevées jusqu'à neuf litres, tandis que ses boissons ne se sont jamais élevées à plus de six litres. En prenant pour point de comparaison son premier embonpoint, la maigreur était grande; état de faiblesse et de malaise général sans fièvre. Très-peu de douleur à l'épigastre, quelques légers et rares élancemens dans la région du rein gauche, à peine dignes d'être mentionnés; un sentiment de soif et d'ardeur dans la bouche, tel était alors l'état de malade. On doit y joindre un état continuel de sécheresse du la peau et l'absence complète de toute sueur. Nous l'avons questionné avec soin sur les accidens que quelques observations récemment publiées ont rattachés au diabète sucré, et nous n'avons rien vu ni des sueurs nocturnes, ni de l'anaphrodisie, ni du gonflement particulier des gencives, ni des autres accidens signalés du côté du tube digestif; mais il est à remarquer, à propos de cela que nous n'avions affaire qu'à un diabète assez récent, tandis que ceux qu'on nous a dit s'être accompagnés des accidens précédens, avaient une date beaucoup plus ancienne.

Examinées avec beaucoup de soin par un chimiste habile, accoutumé aux analyses, M. Mialhe, pharmacien en chef de l'hôpital St.-Antoine, les urines ont offert des caractères chimiques importans. Pour ménager l'espace, nous ne prendrons, dans le travail de M Mialhe, que les résultats généraux.

1° *Caractères physiques.* Couleur légèrement ambrée, odeur très-faible, n'offrant aucune particularité; limpidité parfaite; écume nuageuse assez abondante à sa surface; saveur manifestement sucrée, d'un arrière goût fade et à peine nauséeux; pesanteur spécifique plus grande que dans l'état ordinaire

2° *Analyse par les réactifs.* Renfermant en outre de l'eau qui entre dans sa composition, au moins les principes suivans : urée et acide urique surtout, en proportion moindre que pour les urines normales; phosphates de chaux et de magnésie; sous-phosphate de chaux; sulfates et muriates alkalins; matière caséeuse, quelques traces de fibrine; point du tout d'albumine.

3° *Evaporation et traitement par l'alcool.* Cinq cents grammes d'urine évaporée au bain Marie jusqu'à consistance d'extrait mou, ont offert les caractères suivans: réduction du poids à quarante-sept grammes, couleur d'un roux noir; odeur tant soit peu nauséeuse, saveur plus sucrée que l'urine elle-même, mais aussi un peu plus nauséabonde. Traité par l'alcool à 34 degrés bouillant, cet extrait s'est pris en une masse grenue, ressemblant pour les caractères physiques à la cassonade rousse, et qui, soumis à l'action de la presse, a fourni 31 grammes d'un sucre qui, à sa pureté près qui était altérée par des matières étrangères, était absolument identique au sucre de raisin.

Les premières vues thérapeutiques adoptées par M. Mialhe, furent celles préconisées par M. Dézeimeris, c'est-à-dire, le traitement anti-phlogistique; mais l'usage d'une tisane en quantité très-modérée; quelques bains de vapeur et des applications répétées de sangsues à l'épigastre et à l'anus, n'ayant eu d'autre résultat que de faire disparaître les douleurs légères que le malade ressentait à l'épigastre, et de diminuer momentanément l'activité de la soif, M. Mialhe y renonça pour adopter le traitement suivant : 6 liv. de glace pour boisson, et de plus tisane à discrétion; bains de temps en temps; 2 livres de porc frais par jour, l'exclusion de toute autre viande; portion de pain et portion de vin. Malgré un régime aussi copieux, la voracité du malade est telle qu'il se plaint encore de n'avoir pas assez. Cependant sa faim s'est insensiblement appaisée; sa soif est devenue moins vive; ses forces ont repris insensiblement; ses urines sont devenues moins nuageuses à leur surface; et leur quantité s'est réduite par degrés insensibles, mais non interrompus, au minimum de 3 litres. Plusieurs extraits par évaporation en ont été obtenus à différens intervalles de cette période de décroissement, et à chaque opération nouvelle, on a cru remarquer une diminution dans la quantité des matières extracto-sucrées; en même temps, M. Mialhe a constaté

l'augmentation progressive de l'urée; mais de même que M. Thénard a cru pouvoir l'établir d'après des observations qui lui sont propres, l'urine de ce diabétique n'a jamais présenté la plus petite trace d'albumine, pendant la période de diminution du sucre et d'augmentation de l'urée. Ce n'est que lorsque les changemens heureux étaient déjà confirmés, et après l'usage long-temps continué du régime azoté, que, pour souscrire au dégoût des alimens gras qui commençait à s'emparer du malade, on a remplacé par du bœuf une portion du porc frais. Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter ici qu'à l'entrée du malade nous avons remarqué sur la face supérieure de la base de la langue, un enduit muqueux d'un gris-noirâtre très-tenace, qui, fort large dans le principe, a ensuite jusqu'à l'époque de sa sortie, suivi la même période de décroissement que les accidens diabétiques.

C'est le 6 décembre, 46 jours après son entrée, 30 jours environ après le commencement du traitement azoté, 6 mois et demi après l'invasion des premiers accidens de la maladie, que Josia est sorti de l'hôpital, ne ressentant nulle part aucune douleur, aucun malaise; n'ayant aucune trace d'œdème aux membres inférieurs; urinant beaucoup moins qu'il ne buvait, quoique sa soif fût beaucoup calmée; sentant ses forces rétablies, mais ayant la peau tout aussi peu susceptible d'exhalation, tout aussi sèche qu'elle l'avait été d'ailleurs toute sa vie.

Nous nous bornerons à faire ressortir dans les réflexions suivantes les traits les plus essentiels de cette observation.

1° Quelques chimistes n'ayant rencontré dans les urines de plusieurs diabétiques aucune trace d'acide urique, avaient donné l'absence de cet acide comme un caractère du diabète plus constant et plus pathognomonique que l'absence de l'urée. La quantité d'acide urique que l'on a reconnue dans les urines de notre malade, quoique très-faible, et les observations faites d'ailleurs sur l'augmentation de l'urée, par le fait du traitement azoté, ne permettent pas ici d'admettre cette opinion.

2° Il résulterait de l'analyse de M. Mialhe, conforme à celles de Nicolas, Gueudeville, MM. Thénard et Dupuytren, que le sucre qu'on rencontre dans les urines des diabétiques ressemble plutôt au sucre de raisin qu'à celui de canne, comme l'a prétendu récemment M. Chevallier.

3° La sécheresse de la peau chez notre malade existant bien long-temps avant l'invasion des premiers symptômes du diabète, doit plutôt être considérée comme cause que comme effet de la maladie.

4° L'augmentation de la soif et de la quantité des boissons a précédé l'augmentation des urines; celles-ci, d'abord égales à-peu-près à la quantité des boissons, l'ont ensuite dépassée de beaucoup, puisqu'au moment de la maladie leur rapport était de 9 à 6.

5° On ne pouvait retrouver ici comme cause du diabète, ni l'influence habituelle de l'humidité, ni l'abus des boissons alcooliques, causes que quelques auteurs considèrent trop exclusivement comme celles auxquelles on doit attribuer la maladie. Nous avons déjà dit que le métier fatigant de crieur auquel était exposé chaque jour notre malade, était la seule circonstance connue qu'on pût accuser.

6° Les accidens gastriques éprouvés par le malade à deux reprises, à l'époque de son entrée à la Charité et à celle de son entrée à Saint-Antoine, le léger sentiment de douleur ressenti à la région du rein gauche, l'augmentation de la soif précédent celle des urines, sont autant de raisons qui semblent favorables à la doctrine de M. Dezeimeris; mais, d'un autre côté, la nullité complète du traitement antiphlogistique, qui, sans rien changer à l'état diabétique des urines, n'a fait, à deux reprises différentes, que dissiper les symptômes gastriques et diminuer la soif du malade, porteraient à croire que la gastrite n'était là que comme une coïncidence du diabète, ou du moins qu'il y avait ce qu'il y a ordinairement entre les deux maladies, une plus grande indépendance que cet auteur n'a voulu le penser, si même on ne peut pas admettre que, dans un certain nombre de cas, l'irritation gastrique et la soif du malade ne soient une conséquence plus ou moins immédiate des déperditions journalières que subit l'économie par le fait d'une sécrétion trop abondante d'urine. Il est, en effet, plusieurs faits pathologiques qui pourraient venir à l'appui de cette idée, et être, *sous ce rapport*, rapprochés du diabètes. Ne voit-on pas une suppuration trop abondante d'un membre, d'une partie quelconque du corps, amener insensiblement à sa suite l'affaiblissement graduel des forces, l'augmentation de la chaleur générale, et de la soif; souvent l'apparition de quelques accidens du côté de l'estomac; la rougeur, la sécheresse, l'enduit muqueux de la langue, tel que l'a présenté notre malade, et enfin la fièvre hectique, le marasme et la mort. Telles sont, en effet, à un peu plus de lenteur près, et la marche et la terminaison du diabètes. Il serait facile de trouver, dans le domaine si vaste de la pathologie, d'autres faits analogues au précédent. Mais sans chercher actuellement à multiplier les preuves à son appui, nous ne faisons que livrer cette idée au jugement des auteurs.

7° Au contraire, l'efficacité incontestable dans le cas qui nous occupe, du traitement azoté, le plus généralement admis aujourd'hui, vient confirmer l'idée que le diabètes ne consiste pas dans une irritation pure et simple des reins, soit primitive, soit consécutive, mais tout-à-la-fois dans une augmentation et dans une aberration telle de leur sécrétion que, dans la masse augmentée des urines, ils ne séparent plus du sang qu'en très-faible quantité, certains principes qui, dans leur état normal, en font une partie constituante, tandis qu'un principe nouveau est créé en grande proportion. Nous disons *créé*, parce qu'en effet DES EXPÉRIENCES ASSEZ RÉCENTES ont prouvé que le sucre diabétique n'existe point tout formé dans le sang

Obstétrique.

RUPTURE DE L'UTÉRUS CAUSÉE PAR UN DÉVELOPPEMENT

CONSIDÉRABLE DE LA RATE; *par le docteur Luigi Scerra.* — Angiola Lucchini, d'un tempérament phlegmatique, mère de onze enfans, avait depuis sa dernière couche une tuméfaction considérable de la rate; étant devenue enceinte pour la douzième fois, après une grossesse assez douloureuse, elle fut prise à terme des douleurs de l'accouchement. Le travail ne marchant pas régulièrement, on vint me chercher. Les eaux de l'amnios s'étaient écoulées; il y avait une saillie considérable au-dessus du pubis; la main gauche du fœtus était sortie hors de la vulve. J'introduisis la main dans la matrice, et je reconnus que le fœtus présentait la première position des épaules. En explorant plus en avant, je trouvai la tête enclavée entre le pubis et la rate qui la comprimait de haut en bas. Je soulevai la rate avec la main droite en même temps que j'écartai la tête avec la main gauche qui était déjà placée dans l'utérus, et en quelques minutes je ramenai à une position ordinaire le fœtus qui fut heureusement expulsé. Je prévins cette femme qu'une nouvelle grossesse compromettrait sa vie. Cependant un an après cet accouchement laborieux, elle se trouvait à la fin d'une grossesse extrêmement douloureuse. Dans les derniers jours de cette grossesse, ses angoisses étaient extrêmes. A l'époque de l'accouchement, les douleurs étant très-fortes et les eaux s'étant écoulées, la rate s'opposa d'une manière invincible à la sortie du fœtus. Trois jours après l'écoulement des eaux de l'amnios, la malade sentit un craquement dans l'intérieur de la matrice; et elle commença à perdre du sang. La sage-femme qui l'assistait lui annonça que c'était l'avant-coureur de la sortie du fœtus, mais l'écoulement sanguin devint abondant, et les forces commencèrent à s'évanouir. Ce ne fut qu'alors, cinq jours après le commencement des douleurs que je fus appelé auprès de la malade qui ne put m'adresser que quelques paroles avec une voix languissante. Le plancher était couvert par une quantité considérable de sang coagulé, et disposé par couches. Le pouls battait à peine; il n'y avait plus de contractions utérines. La malade ne tarda pas à mourir. Aussitôt qu'elle eut rendu le dernier soupir, je pratiquai l'opération césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant, mais je trouvai celui-ci privé de vie dans la cavité abdominale.

Autopsie. — L'utérus était rupturé dans son fond; la tête du fœtus était appuyée contre l'estomac. La rate, énormément tuméfiée, comprimait la matrice avec son bord inférieur et antérieur, dont l'extrémité atteignait jusques dans le détroit inférieur. En soulevant ce viscère, je trouvai la matrice contractée par le col du fœtus, dont la tête seule était sortie, et qui était ainsi étranglée. Le col utérin était allongé; la matrice toute entière était appuyée dans le détroit supérieur. Ces organes contenaient très-peu de sang. Le péritoine était également déchiré. (*Il Filiatre Sebezio*, février 1835).

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FÉVRIER 1835.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

—

Quelques réflexions sur l'état actuel de la médecine en France; par le Dr St-Georges-Ransol, Médecin à Luçon (Vendée).

Bichat, également préconisé par les écoles *physiologique, anatomique* et *éclectique*, passe assez généralement pour le fondateur de la *physiologie* et même de la *pathologie* actuelles.

J'aime à croire que *Bichat*, s'il ne fût pas descendu dans la tombe à l'âge de 29 ans, eut pû devenir un excellent médecin, d'autant plus qu'il était déjà placé à la tête de l'Hôtel-Dieu. Malheureusement pour la science, une chute qu'il fit en descendant un escalier, détermina une commotion cérébrale qui l'emporta en peu de temps.

Comme on le voit dans les prolégomènes de son *Anatomie générale* (p. 17), il repoussait avec énergie le système de *Brown*, et admettait beaucoup de maladies primitivement *humorales;* aussi disait-il avec beaucoup de raison (idem, p. 36 :) « *Un solidisme absolu comme un humorisme exclusif est un contre sens pathologique.* » Cependant, après avoir dit (id. p. 69), que l'anatomie pathologique est inutile pour l'étude de certains genres de *fièvres* de *névroses*, il s'écrie un peu plus loin avec un sentiment de conviction : « *Qu'est l'observation, si on « ignore là où siège le mal?* » Et il ajoute : « Vous au- » riez pendant vingt ans, pris du matin au soir des » notes au lit des malades, sur les affections du cœur, » des poumons, des viscères gastriques, que tout ne » sera pour vous que confusion dans les symptômes » qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécessaire- » ment une suite de phénomènes incohérents. » Ce sont ces dernières expressions emphatiques et dénuées de fondement qui, prises à la lettre, ont été la source des hypothèses pathologiques de notre époque. Je demanderai aux partisans de cet anatomiste justement célèbre, si *Hippocrate*, qui certes n'ouvrait pas de cadavres, n'avait pas parfaitement décrit les symptômes pathognomomiques des maladies, et si tous les tableaux qu'il nous en a laissés ne sont pas encore frappants de vérité et les modèles les plus exacts d'observations cliniques. *Arétée* de Capadoce, dont les ouvrages ne sont pas assez lus et qui n'était point un médecin cadavériste, ne nous a-t-il pas transmis une description fidèle d'une foule d'affections aiguës et chroniques? non seulement il a été un peintre naturel et rigoureux de l'homme malade, mais il fut un médecin doué des plus solides connaissances en thérapeutique, puisque ses moyens de traitement sont à peu près ceux que nous employons aujourd'hui En effet, dans les *inflammations* des viscères, il saignait copieusement et appliquait les ventouses, aujourd'hui beaucoup trop négligées et remplacées par les sangsues; dans les affections *saburrales*, il faisait vomir et purgeait; dans les *coliques*, les bains, les calmants étaient les remèdes qu'il employait. Que savons-nous de plus aujourd'hui sur le traitement des maladies dont ce grand observateur nous a laissé le tableau? A peu près rien, si ce n'est que la pharmacie d'aujourd'hui est beaucoup plus riche qu'elle ne l'était de son temps. Certainement ce n'est pas à *l'anatomie pathologique* que nous devons ces richesses thérapeutiques, mais au perfectionnement des sciences naturelles, et le plus souvent au hasard, père des plus grandes découvertes! *Sydenham*, l'un des plus grands guérisseurs du 17me siècle; *Sydenham*, dont les ouvrages vivront autant que l'art, par la peinture la plus simple et la plus naturelle des maladies ainsi que par l'exposition la plus exacte des indications thérapeutiques; *Sydenham*, dis-je, n'était pas un médecin qui se livrait aux autopsies des cadavres, puisque ses doctrines étaient toutes humorales et qu'il ne cite dans ses écrits aucune de ces ouvertures de corps avec lesquelles on fait aujourd'hui à Paris des milliers de volumes, tout au plus bons à endormir celui qui a la patience de les lire! (1) Je ne puis m'empêcher de le dire dans ce moment; cette manie de remplir les livres *d'observations* cliniques devient insupportable et n'influe en rien sur les progrès de l'art. Aujourd'hui il faut à la médecine des

(1) Je citerai pour exemple la clinique médicale de M. Andral, dont j'avais lu avec plaisir les deux premiers volumes, parce qu'il y a beaucoup de pages raisonnées; j'ai ouvert les trois derniers; j'ai été étonné de ne voir presque que des autopsies. Je suis convaincu qu'un seul volume aurait suffi pour renfermer tout ce qu'il y a d'essentiel dans les cinq volumes que cet auteur a livrés à l'impression. A Paris, on ne sait pas du tout généraliser; on n'aime que des détails qui deviennent insupportables au médecin éclairé. M. Leroux, ancien doyen de la faculté de Paris, a fait un ouvrage à peu près semblable, sous le titre de *Philosophie médicale*. Ce n'est qu'un tas d'observations et d'autopsies faites par ses élèves. Il est temps que ce genre d'écrits ait un terme en France.

E.

dogmes qui résultent de l'expérience et de l'observation des temps antiques et modernes; cet ouvrage, qui est indispensable, nous manque encore, et ne sera jamais fait à Paris, parce qu'il est impossible qu'avec la manière d'écrire qu'on adopte dans la capitale on puisse dogmatiser l'art médical.

J'ai dû relever ces expressions si légères et anti-cliniques échappées à la jeune plume de Bichat. Je n'ajouterai plus qu'un mot, c'est que les maladies existent sur l'homme vivant et non pas sur les cadavres, où l'on n'observe que des altérations organiques qui ne sont souvent que les effets des symptômes primordiaux des maladies; ou bien que des dépravations humorales dont la juste appréciation est au-dessus des connaissances chimiques. Cependant l'ouverture des cadavres à son degré d'utilité, utilité pour nous faire connaître le siége, et quelquefois la cause des symptômes restés sans cela inexplicables, et pour prouver l'impuissance de l'art dans les maladies où il y a désorganisation des tissus. Quelquefois elle peut éclairer le médecin sur le diagnostic et même sur le traitement des maladies; mais il n'est pas moins vrai de dire que cette branche de la pathologie est bien au-dessous des services que nous ont rendus la séméiotique et la thérapeutique. Quant à moi, je n'ai jamais déprécié ce moyen d'investigation clinique, auquel je me livrerais avec ardeur, si cela m'était possible; mais j'ai toujours déploré les abus si funestes au genre humain qui ont résulté depuis seize années de l'abus qu'on en a fait.

M. *Broussais*, qui se regarde comme le propagateur des doctrines de *Bichat*, a été bien plus loin que son maître et a fini par plonger la phathologie dans le chaos, pour créer ce qu'il appelle une école *physiologique*, afin qu'un beau nom puisse servir à voiler les vices de la chose. L'esprit de la jeunesse sans expérience se laisse facilement entraîner par celui qui montre le plus de jactance dans ses paroles. D'après ce réformateur, il n'y a que des lésions *organiques* dans les maladies; les *fièvres essentielles* et les nombreuses affections *humorales*, qui fournissent tant de sujets d'indications, ne sont que des enfans fantastiques de l'imagination des anciens médecins. Ainsi, malgré tout le respect et l'enthousiasme que M. *Broussais* manifeste dans ses écrits pour la mémoire de son jeune et illustre maître, il foule réellement aux pieds sa doctrine pathologique. D'après son langage plein de jactance et d'acrimonie, on ne savait rien avant lui; c'est lui qui a fixé le traitement des maladies, en préconisant l'eau de gomme et les sangsues; et vraiment ce n'est pas tout-à-fait sans raison qu'on a pu comparer M. *Broussais* au médecin *Sangrado* de Valladolid, dont le portrait est une critique spirituelle des systématiques de tous les temps.

Je déplore depuis long-temps la fatale anarchie dans laquelle est la médecine et notamment la discorde qui règne entre les écoles de Paris et de Montpellier.

Les médecins éclairés savent aussi bien que les gens du monde, que Montpellier a été pendant plusieurs siècles la première école de médecine française. La célébrité de l'enseignement, l'étendue, la profondeur des doctrines médicales qui embrassent à la fois tous les faits physiologiques, thérapeutiques et anatomiques, l'établissement des concours pour les chaires professorales, tout a contribué à la conservation de la renommée d'une école, qui, fondée vers la fin du 10me siècle, n'a cessé de soutenir dignement sa haute réputation. Elle était parvenue au plus haut degré de splendeur vers le milieu du dernier siècle, grâces aux rares talens de *Sauvages*, de *Barthez*, de *Baquenot*, de *Fizes*, de *Charles Le Roy*, etc., etc., et même de *Bordeu*, qui, quoiqu'il n'ait jamais figuré dans le professorat, fut un élève célèbre de la faculté de Montpellier, et peut être à juste titre regardé comme le père de la physiolologie moderne. A cette époque, Montpellier était regardé, en France et à l'étranger, comme la seule université où l'on enseignât avec éclat les principes fondamentaux de la médecine. Les écoles d'Angers, de Toulouse, de Besançon, et même celle de Paris, ne pouvaient rivaliser avec l'université des régions languedociennes, qui devait être regardée avec raison comme la mère des autres facultés dont presque tous les professeurs avaient fait on perfectionné leur études à Montpellier. Il n'y avait donc alors en France qu'une seule doctrine pathologique, celle du midi, puisque les élèves les plus distingués de cette école professaient dans les autres facultés. Comment-est-il arrivé que cette unité de doctrine se soit détruite et ait été suivie d'une guerre civile des plus opiniâtres et des plus longues. Si je ne me trompe, en voici la raison. Depuis longtemps l'école de Paris, malgré sa position si avantageuse et si brillante, était fatiguée de l'état de servitude et d'infériorité où elle se trouvait placée; elle attendait avec impatience le moment favorable de devenir indépendante, lorsqu'éclata le mouvement révolutionnaire qui bouleversa et les institutions politiques et les établissemens scientifiques; toutes les académies et les universités de médecine furent abolies.

La voix des professeurs du Languedoc ne cessa de se faire entendre. Paris, grâce à ses immenses et nombreux hôpitaux, devint le centre de l'éducation médicale; les jeunes gens qui se destinaient à la médecine, se rendirent dans la capitale, où, sous les *Desault*, les *Pelletan* les *Corvisart*, etc., etc., ils trouvèrent une vaste et solide instruction. Le gouvernement de 93, qui sentait la nécessité d'avoir beaucoup de chirurgiens au milieu d'une guerre continentale, créa les écoles qu'il appela *de santé*. Montpellier put de nouveau se livrer à l'enseignement; *Baumes*, avec une élégance unique, et le front tout couvert des lauriers cueillis dans plusieurs concours académiques, fit retentir dans la chaire clinique les préceptes les plus sûrs de l'art de guérir.

Pinel, de son côté, s'efforça de créer une école parisienne. Le médecin de la Salpétrière adopta les principes de *Brown*, qui n'avait jamais été praticien. Jaloux de la gloire de la faculté languedocienne, il forma le projet d'élever une *nosographie* qu'il décora du nom de *Philosophique*. Il eut le soin, comme le réformateur écossais, qui n'avait fait que copier *Thémison*, de changer les dénominations antiques et justes appliquées aux fièvres;

la fièvre *inflammatoire*, qui est à la fois une excitation violente du système artériel, et une altération spéciale du sang, comme le démontre la couenne sanguine, devint l'*angioténique ;* la fièvre *bilieuse* fut nommée *méningo-gastrique ;* la fièvre *muqueuse*, *adéno-méningée ;* et la fièvre *putride*, *adynamique*. Ce n'est réellement qu'avec des mots inconvenants que M. *Pinel* s'est fait une grande célébrité ; ce n'est qu'avec un solidisme exclusif des plus dangereux, que le professeur parisien a fixé sur lui l'attention du monde médical pendant près de vingt ans.

Pinel, tourmenté par des idées novatrices, et sans doute entraîné par l'action irrésistible de la révolution, refondit la pathologie, se sépara entièrement de l'école de Montpellier ; il lança des épigrammes contre *Sauvages*, qui l'avait précédé dans la carrière si épineuse de la classification des maladies, et auquel il aurait dû donner des marques de respect et de gratitude, pour lui avoir ouvert la route. Un de ses élèves, d'ailleurs, ingrat à son tour, n'a pas tardé à le punir de cette injuste conduite. Ce n'est réellement que depuis l'ère de *Pinel*, que s'est prononcé ce schisme établi entre les deux écoles.

Mais, pour en revenir à *Bichat*, ce jeune physiologiste, adonné à l'anatomie, et aveuglé comme *Cabanis* par les doctrines matérialistes de son temps, pensa que les *forces vitales* dépendaient de l'arrangement des molécules de la matière, et renouvela l'hypothèse organicienne des disciples d'*Asclépiade*, qui avaient puisé leurs ridicules idées dans la secte d'Epicure (1). *Bichat* se laissa égarer par les opinions purement hypothétiques de *Hobbes*, de *Diderot*, d'*Helvétius*, et de tous ceux qui prétendaient, dans le siècle dernier, que l'organisation produisait la sensibilité, la contractilité, les fonctions de l'économie, et même *la pensée!* L'anatomiste de Paris, partant de principes aussi faux et tout-à-fait contraires à ceux de Montpellier, fonda ainsi une école *physiologique* qui s'est propagée jusqu'à nos jours dans les cours de M. *Broussais*.

Le schisme parisien remonte donc, en définitive, à *Pinel* et à *Bichat*. Le premier fut un solidiste outré, et par conséquent un systématique ; le second, en voulant expliquer par l'organisation les forces qui constituent *la vie*, avança une hypothèse que les faits anatomiques, physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, renversent chaque jour. Rien n'est plus vrai de dire que l'école de la capitale, depuis qu'elle s'est séparée de celle de Montpellier, n'a fait que courir d'erreurs en erreurs ; elle a subi le sort réservé à tous les schismatiques, elle s'est divisée elle-même en une foule de sectes rivales et ennemies les unes des autres.

Heureusement, après tant de débats stériles et souvent scandaleux, une révolution sage s'opère chaque jour dans les idées pathologiques et physiologiques de Paris ; les doctrines purement expérimentales de Montpellier, qui y ont été importées par les journaux, par les écrits tout-à-fait remarquables de *Rouzet*, de *Miquel*, de *Bousquet*, de *Bérard*, de *Double*, et de plusieurs autres médecins du plus grand mérite, sortis de la faculté languedocienne, paraissent s'y enraciner de jour en jour, et annoncent la fin des hérésies (1). Il est temps qu'il y ait réconciliation parfaite entre les deux écoles, et qu'on ne dise plus, doctrine du Midi, doctrine de Paris, mais doctrine médicale française. Que la première se montre un peu moins métaphysique, que la seconde renonce à un matérialisme outré, et peut-être arrivera-t-on à une fusion de doctrine. Rien ne me serait plus agréable que de pouvoir coopérer à cette pacification si nécessaire à la gloire et au perfectionnement de la médecine.

(1) A la page 48 de son *Anatomie générale*, Bichat s'exprime ainsi : « *Les forces vitales dont nous avons parlé appartiennent exclusivement à l'arrangement des molécules.* » Plus loin il dit : « *Il est évident que la plupart des organes étant composés de tissus simples très-différens, l'idée de la vie propre ne peut s'appliquer qu'à ces tissus simples et non aux organes eux-mêmes.* »

(1) *Rouzet*, *Dupau*, *Bousquet*, qui furent mes contemporains, fondèrent en 1820 la *Revue médicale*, qui est devenue le journal le plus répandu et le plus clinique. Trois professeurs remarquables de la faculté de Paris, *Laënnec*, *Cayol*, *Récamier*, indignés des erreurs nouvelles, enrichirent ce journal de leurs travaux et contribuèrent puissamment à démolir l'édifice physiologique. Le créateur de cet édifice en est aujourd'hui réduit à emprunter des pierres *hippocratiques* pour soutenir un monument qui tend à s'écrouler de toutes parts.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Sur l'emploi de la digitale contre la phthisie pulmonaire ; Par M. Bayle.

Au commencement de ce siècle, et nous pouvons dire jusqu'à ces dernières années, on était si préoccupé en France de cette idée, que les altérations organiques étaient essentiellement incurables, que cet arrêt, prononcé par l'anatomie pathologique, jetait naturellement du discrédit et de la défaveur sur toutes les recherches thérapeutiques, mais plus particulièrement sur celles qui étaient en opposition avec cette opinion généralement accréditée. C'est ce qui explique pourquoi la digitale, après avoir été prônée outre mesure contre la phthisie pulmonaire, est tombée aujourd'hui dans un oubli total.

Je ne prétends point que ce médicament mérite tous les éloges qui lui ont été donnés ; il a été sans doute beaucoup trop vanté, comme cela ne manque jamais d'arriver pour les nouveaux moyens thérapeutiques mis en usage. Mais parmi plus de quatre-vingts cas de guérison de cette maladie par la digitale, n'y en a-t-il pas d'avérés, de positifs, où il soit difficile d'admettre qu'il

y ait eu erreur de diagnostic? Peut on rejeter sur examen les nombreuses observations de Sanders, Kinglake, Folwer, Beddoes, Drake, Mossman, Maclean, Ferriar, Magennis, Mouton, etc.? Nous ne le pensons pas.

Aussi, sans ajouter foi à tous les observateurs et à toutes les observations, et en soumettant à une sévère critique tous les faits de guérison publiés jusqu'ici; je crois cependant qu'on ne peut se refuser à admettre que plusieurs phthisies pulmonaires ont été guéries par la digitale pourprée.

C'est la conclusion à laquelle m'ont conduit tous les cas anciens et modernes publiés jusqu'ici, dont on trouvera le détail et le résumé critique dans le troisième volume de ma *Bibliothèque de Thérapeutique* (1).

En attendant qu'on puisse les lire dans cet ouvrage, et pour en donner une idée, nous allons présenter ici quelques observations d'un médecin anglais que nous avons cité, ainsi que le résultat général de tous les cas où il a fait usage de la digitale contre la phthisie pulmonaire. Cet auteur s'appelait Magennis; il était médecin de l'hôpital de la marine royale de Plymouth.

Les observations de Magennis sont tellement favorables, tellement contraires au résultat de l'expérience journalière, qu'elles inspirent naturellement de la méfiance. Cependant l'auteur était évidemment un homme instruit, et le poste qu'il occupait écarte naturellement l'idée d'imposture. Elles furent lues, d'ailleurs, dans la première société médicale de Londres, et insérées dans le plus répandu de ses journaux de médecine.

Afin de conserver à l'auteur son caractère propre, nous le laisserons parler lui-même:

Vers la fin de l'année 1799, dit-il, je fus chargé par mon gouvernement de traiter les prisonniers français, qui étaient à l'hôpital de *Norman-Cross*. Parmi ces prisonniers malades, il s'en trouva huit atteints de phthisie pulmonaire; ils étaient à l'hôpital depuis plus de sept mois: chez six d'entre eux la maladie était au dernier degré, et chez les deux autres, elle parcourait le second degré. Les six malades, chez lesquels la phthisie était le plus avancée, se trouvaient dans un état déplorable, et tout-à-fait désespéré; les voyant dans une aussi fâcheuse position, et ne connaissant d'ailleurs aucun remède qui peut être avantageux ni aux uns ni aux autres, je me déterminai à les mettre tous les huit à l'usage de la digitale, donnée sous forme de teinture; ils prirent ce remède pendant trois semaines, ayant eu soin d'en augmenter la dose successivement. Au bout de ce temps l'état des malades fut considérablement amélioré, et je commençais à espérer que mes recherches seraient couronnées de quelque succès, car déjà l'expectoration avait diminué à peu près de moitié. La toux était moins fréquente; les sueurs nocturnes avaient entièrement disparu, excepté dans un: chez tous, l'artère, qui auparavant battait cent dix fois par minute, ne donnait alors que 65 pulsations, et les douleurs qu'ils sentaient dans le thorax ou dans les parties environnantes de cet organe, étaient tout-à-fait calmées. Mais ce mieux ne fut pas de longue durée: le temps qui jusque-là avait été doux, et par conséquent très-favorable aux malades, devint tout-à-coup froid; le vent du nord-ouest souffla avec beaucoup de force et se soutint ainsi pendant longtemps. Ce changement subit de l'atmosphère fit paraître la toux, augmenta l'expectoration et aggrava tous les autres symptômes: aussi sur ces huit malades, il en périt cinq; deux furent entièrement rétablis, et le huitième fut très-soulagé; celui-ci ayant été envoyé en France, je n'ai pas eu occasion d'apprendre quel a été le résultat de la maladie. La vérité m'oblige d'avouer que les deux malades qui guérirent, étaient moins mal que les autres, quoique leur expectoration fût purulente.

D'après l'amendement extraordinaire qui survint chez ces malades au commencement de leur traitement, je fus fortement porté à croire que si la température douce de l'atmosphère se fût encore soutenue pendant un mois, sur les cinq qui périrent, trois au moins, pour ne pas dire tous, eussent été probablement rendus à la santé.

Quelque temps après cette époque, je reçus l'ordre de mon gouvernement de me rendre à Plymouth, pour y être chargé du service de l'hôpital royal de la marine. Le nombre des malades que l'on envoya à cet hôpital pendant dix mois, et la mortalité que causa la phthisie parmi les marins, furent vraiment alarmans. Une grande partie de ceux qui étaient entrés pendant tout ce temps, étaient phthisiques et très-communément au dernier degré.

Parmi les causes qui avaient contribué à rendre cette maladie fréquente, on peut regarder comme la principale les devoirs rigoureux que la flotte du canal fut obligée de remplir pendant plusieurs mois, ne relâchant presque jamais dans aucun port, à moins qu'elle n'y fût forcée par le mauvais temps ou par le manque de provisions.

Sur ce nombre prodigieux de malades atteints de phthisie pulmonaire commençante ou confirmée, j'en choisis soixante et douze auxquels je fis prendre la digitale.

1re Observ. *Phthisie pulmonaire guérie par la digitale.* — Le premier qui fit usage de cette plante, fut le nommé William White, âgé d'environ vingt-huit ans, attaché au service du vaisseau appelé le *Gibraltar*. Ce matelot, atteint de phthisie pulmonaire au dernier degré, entra à l'hôpital le 12 août 1800. Il avait depuis plusieurs mois une toux continuelle et fatigante; une douleur aux deux côtés de la poitrine, et principale-

(1) Ce troisième volume contenant le résumé de tout les faits anciens et modernes sur l'emploi thérapeutique de la *digitale*, du *seigle ergoté* et de la *ciguë*, est fini et paraîtra à la fin de ce mois chez J.-B, Tircher, libraire, rue de l'Étuve, à Bruxelles, n. 13 bis. Les deux premiers volumes contiennent les travaux thérapeutiques sur l'*iode*, l'*émétique à haute dose*, *l'écorce de racine de granedier*, le *baume de copahu*, *l'acupuncture*, le *phosphore*, la *noix vomique* le *datura-stramonium*, et la *belladone*. Prix: 7 fr. le vol. in-8° de 5 à 600 p.

ment au côté gauche ; cette douleur s'étendait jusqu'aux extrémités des cartilages des côtes : les crachats étaient abondans, d'une matière purulente, verte, extrêmement fétide et quelquefois mêlée de sang ; il y avait des exacerbations matin et soir ; le malade se plaignait particulièrement d'une douleur lancinante entre la septième et la huitième côte ; la peau qui couvrait l'endroit où cette douleur se faisait sentir, avait perdu sa couleur naturelle ; la respiration était laborieuse ; le malade ne pouvait rester couché que sur le dos ; le pouls donnait 108 pulsations par minute.

Quoique je regardasse ce malade comme devant périr sous peu, je le mis, le jour même de son entrée à l'hôpital, à l'usage de la teinture de digitale donnée à la dose de 7 gouttes chaque quatre heures, et étendue dans une mixture de blanc de baleine et de teinture d'opium ; le troisième jour, à compter du moment qu'il fit usage du remède, il vomit environ une demi-pinte de matière de mauvaise qualité ; ce jour là la dose de la teinture avait été portée jusqu'à 40 gouttes. Les 16e, 17e, 18e jours, le remède fut augmenté de 10 gouttes par jour sans qu'il se présentât rien de particulier chez le malade : le 19e jour, la teinture donnée à la dose de 100 gouttes produisit de légères nausées : alors l'expectoration était très-abondante et la toux forte. Je prescrivis quatre verres de vin à prendre chaque jour ; le pouls était descendu à 90 pulsations ; du 20 au 24e jour, la teinture fut augmentée à proportion de ce qu'elle l'avait été auparavant ; le 25e, l'expectoration fut moins abondante et moins fétide : ce jour là le remède avait été pris à la dose de 150 gouttes : l'artère donnait 78 pulsations : le 26e, teinture 160 gouttes : le 27e, 170 gouttes : le 28e, 180 gouttes : nausées et vomissement : le 29e, la dose du remède fut de 130 gouttes seulement : le pouls irrégulier et ne battant que 48 fois par minute : le 30e, nausées moins fréquentes, pouls plus régulier sans être plus accéléré : le 31e, douleur et oppression vers la région précordiale qu'un emplâtre vésicatoire appliqué sur cet endroit fait disparaître entièrement ainsi que les nausées ; l'expectoration sensiblement diminuée et l'artère ne donnant que 52 pulsations : le 1er septembre, la dose de teinture fut de 110 gouttes. Les 2e, 3e, 4e et 5e jours, la dose du remède fut régulièrement augmentée. Le 6e jour, elle fut portée à 180 gouttes : alors nausées, vertiges, pouls intermittent et ne battant que 46 fois. Le 7e jour, les nausées et les vertiges continuent ; mais la toux est considérablement moins forte, et l'expectoration a diminué de la moitié de ce qu'elle était auparavant : la couleur verte des crachats n'existe plus, ils ne sont plus fétides : les sueurs nocturnes sont à peine sensibles. Le 9e jour, dans la matinée, pouls intermittent et irrégulier. Le 10e, teinture 220 gouttes. Les 11e, 12e et 13e, nausées et vomissemens sans avoir augmenté la dose du remède pendant ces trois jours : pouls irrégulier et battant 50 fois : expectoration considérablement diminuée ainsi que tous les autres symptômes. Le 14e, les nausées et les vomissemens ont disparu : teinture 130 gouttes. Le 16e, presque plus de toux. Le 17e, teinture 130 gouttes, légères nausées, l'artère donnant 48 pulsations. Le 18e, teinture 140 gouttes. Le 19e, 150 gouttes : ce jour là l'expectoration est réduite à peu de chose. Le 22e il existait à peine quelques traces de phthisie : la poitrine était dégagée de toute espèce de douleur, et s'était beaucoup renforcée. Le 23 et le 24e, quoique le malade fût bien, il continua l'usage de la teinture à forte dose, et alors il supportait ce remède plus facilement. Le 25e, le pouls battait 56 fois, et le malade se trouvait très-bien, avec la différence seulement qu'il était encore faible. Les 26e, 27e et 28e, il continua de prendre le remède à haute dose ; le 29e il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

IIe Obs. *Phthisie pulmonaire guérie par la digitale.* — James Smith, âgé de 26 ans, fut admis à l'hôpital le 6 octobre, il était phthisique depuis long-temps ; il éprouvait tous les symptômes de la maladie portée au plus haut degré : douleur profonde et constante dans les deux côtés de la poitrine, mais plus particulièrement dans le gauche ; expectoration abondante, purulente, et répandant une odeur très-désagréable ; paroxismes fébriles réguliers le soir, sueurs colliquatives abondantes. Il avait eu autrefois des hémoptysies fréquentes ; mais il n'en était point survenu récemment. Il était réduit au dernier degré de faiblesse, quoiqu'il fût d'une force d'Hercule douze mois auparavant. Lorsque je vis cet homme pour la première fois, je le regardai comme perdu ; je me décidai cependant à commencer la digitale à petites doses ; on les augmenta graduellement depuis l'époque indiquée jusqu'au 21 novembre, jour où le malade fut renvoyé guéri. L'expectoration, qui était d'une pinte et demie par jour autrefois, était réduite à une cuillerée, ou même moins et entièrement libre de toute *purulence ;* les sueurs nocturnes avaient cessé depuis plus de douze jours ; il n'y avait plus aucune douleur thoracique ; la toux avait également disparu depuis quelques jours, excepté au moment où il sortait de son lit. Pendant ce traitement le pouls tomba graduellement de 100 pulsations à 60, mais jamais plus bas ; et il fut long-temps impossible de pousser la dose de teinture de digitale au-delà de 100 gouttes : je fus même deux fois obligé de descendre jusqu'à 50 ; mais à mesure que la guérison faisait des progrès et que les forces augmentaient, il put en supporter des doses plus considérables, car 10 jours avant la sortie il prenait environ 160 gouttes par jour, quoique cette substance portât son action sur la tête et sur l'estomac.

IIIe Obs. *Phthisie pulmonaire guérie par la digitale.* — M. Champbelle, marin, fut reçu à l'hôpital le 27 juillet 1800, comme affecté de phthisie pulmonaire. Il était extrêmement maigre, crachait du pus, avait de la douleur dans un des côtés de la poitrine, une toux profonde, des exacerbations fébriles, une grande soif, des sueurs nocturnes abondantes, de la céphalalgie, et un pouls à 100 pulsations par minute environ. Il commença le même jour la digitale, dont la dose quotidienne fut graduellement accrue jusqu'à 160 gouttes. Cette dose est la plus forte à laquelle on pût s'élever sans déranger la tête et l'estomac. Le pouls baissa gra-

duellement, la toux et l'expectoration se dissipèrent entièrement à la longue; chacun des autres symptômes de phthisie disparut peu à peu, et enfin le 7 septembre, le malade sortit de l'hôpital, complètement rendu à la santé.

Les autres observations rapportées par Magennis avec quelques détails, sont au nombre de trois; nous ne les traduirons pas ici parce qu'elles sont semblables à celles qu'on vient de lire. Nous nous bornerons à faire connaître quelques résultats généraux obtenus par cet auteur, ainsi qu'un tableau de tous les phthisiques qu'il a traités par la digitale.

Dans la grande variété de cas où j'ai fait usage de ce médicament, dit Magennis, le remède fut souvent donné sous ma propre inspection ou sous celle de mes adjoints, surtout lorsque la dose était fort élevée. Plusieurs malades prirent depuis 150 jusqu'à 300 gouttes par jour, en commençant par 20, 30, 40, ou 50 gouttes suivant les apparences de force ou de faiblesse du malade, et en augmentant de 10 gouttes par jour, jusqu'à ce que l'estomac commençât à manifester des symptômes marqués d'anorexie, ou que le malade se plaignît d'un dérangement dans la vision; accompagné d'un grand ralentissement du pouls. Si l'un et l'autre de ces symptômes se manifestaient, la dose était diminuée et même le médicament entièrement suspendu, si la tête ou l'estomac étaient un peu sérieusement atteints. La proportion des ingrédiens de la teinture était de quatre onces de digitale pour six onces et demie d'esprit de vin.

Résultat général du traitement de 72 malades atteints de phthisie, par la digitale.

	Guéris.	Amélioration. à divers degrés.	Morts.
Malades dans le premier degré ..	15	9	»
Malades au troisième degré (purulent en anglais).	25	13	10

Les succès obtenus par Magennis sont si étonnants qu'en vérité, on est obligé de concevoir de la méfiance sur leur exactitude, quoique le mémoire de cet auteur décèle à la fois un bon observateur et un praticien très-judicieux. Si les observations détaillées dans ce mémoire étaient tronquées, on pourrait croire qu'il y a eu bien des erreurs de diagnostic, mais beaucoup de ces faits sont très-développés; d'autres qui sont assez courts contiennent tous les symptômes propres à la phthisie; il n'y a donc pas de doute sur le caractère de la maladie traitée par Magennis; aussi engageons-nous les médecins à essayer de nouveau la digitale contre la phthisie.

———

OBSERVATION

Suivie de réflexions *sur un cas remarquable de pleurésie chronique avec pneumo-thorax, et formation de concrétions osseuses au milieu de l'épanchement;* Communiquée à la Société de Médecine de Paris, par M. Prus, médecin de Bicêtre.

(*Imprimé par décision de la Société.*)

Il faut le reconnaître, Messieurs, la littérature médicale est surchargée, depuis quelques années surtout, d'un si grand nombre d'observations isolées qui, faute d'être rapprochées et mises en œuvre, restent presqu'improductives pour la science, que c'est, en quelque sorte, un devoir de ne pas augmenter cette abondance stérile. Pour ne pas craindre de publier un fait dépourvu des faits analogues qui pourraient lui donner de l'intérêt et conduire à quelques conséquences utiles, il faut que le cas soit important ou rare. Vous jugerez, Messieurs, si la communication que je viens vous faire mérite cette honorable exception, au moins sous ce dernier rapport.

Résonnance légèrement exagérée du thorax dans les régions sus et sous-épineuse, sus et sous-claviculaire du côté gauche; respiration caverneuse, sans gargouillement dans la partie correspondante du poumon, pectoriloquie; matité et absence du bruit respiratoire dans un espace limité et toujours le même quelle que fût la position donnée au malade, de la partie postérieure et inférieure de la poitrine du même côté; pas d'égophonie; pas de tintement métallique.

Petites cavernes au sommet du poumon gauche; pneumo-thorax et foyer purulent dans un kyste formé par de fausses membranes de la plèvre du même côté; communications fistuleuses de ce kyste avec les bronches; concrétions ossiformes libres dans le liquide qui constitue le foyer.

L'Ecrivain, âgé de 66 ans, d'une taille élevée, mais d'une faible constitution, a été admis à Bicêtre le 12 août 1834. Quatre ans auparavant, il avait reçu un coup violent sur la partie gauche et moyenne du thorax. Il paraît qu'à la suite de cet accident, il se développa une inflammation assez vive dans ce côté de la poitrine. L'Ecrivain dit que, quelque temps après, il rendit par la bouche une grande quantité de pus. Depuis cette époque, le côté gauche du thorax se rétrécit sensiblement et la colonne vertébrale, vers le tiers supérieur de la région dorsale, se déjeta à droite, mais en décrivant une courbure régulière.

L'Ecrivain est entré à l'infirmerie, le 2 septembre de cette année, ne se plaignant que de faiblesse et de quelques douleurs dans les membres et dans les lombes. Cependant, comme l'expectoration était purulente, comme le malade avait de la fièvre le soir, comme depuis long-temps il éprouvait des sueurs nocturnes, la poitrine fut auscultée avec soin, et l'on constata qu'il existait de petites cavernes au sommet du poumon

gauche. Elles étaient annoncées par une augmentation de sonoréité, par de la pectoriloquie et par une respiration caverneuse sans gargouillement. De plus, la partie postérieure et inférieure de la poitrine offrait de la matité et ne faisait entendre aucun bruit respiratoire dans une étendue de 5 pouces environ de hauteur sur 4 pouces de largeur. L'absence de l'égophonie, mais surtout la persistance de la matité et de la non-existence du bruit respiratoire dans une région circonscrite et toujours la même, quelle que fût la position donnée au malade, semblaient devoir éloigner l'idée d'un épanchement aqueux, sanguin ou purulent.

Le pouls toujours petit, ne devenait fréquent que le soir au moment où la chaleur de la peau indiquait le retour du mouvement fébrile, lequel était suivi d'une sueur plus ou moins abondante.

Pas de dévoiement. Le ventre ni la tête ne présentaient aucune lésion fonctionnelle.

Ce malade s'affaiblit rapidement, sans offrir de nouveaux symptômes, et le 20 septembre 1834 il mourut.

La nécropsie fut pratiquée vingt heures après la mort.

Habitude extérieure : Le corps est d'une grande maigreur. La colonne vertébrale et le côté gauche du thorax présentent la déviation et le rétrécissement déjà indiqués.

Crâne : L'encéphale est dans l'état le plus normal.

Abdomen : Il n'existe aucune altération des organes contenus dans cette cavité.

Thorax : Le cœur et le péricarde sont sains. Le côté droit de la poitrine présente une dilatation assez marquée. Les côtes sont très-écartées l'une de l'autre. Du côté gauche, au contraire, il existe un rétrécissement considérable. Les 5me, 6me et 7me côtes se touchent et sont réunies par des prolongemens osseux. Les côtes et les vertèbres n'offrent, d'ailleurs, aucune altération pathologique.

L'examen des poumons fait voir dans le sommet du poumon droit quelques tubercules non suppurés ; le reste de cet organe est sain. On trouve dans le sommet du poumon gauche des tubercules plus nombreux et deux petites cavernes, vides, entièrement tapissées d'une muqueuse et pouvant recevoir l'extrémité du petit doigt. Ces excavations sont séparées de la plèvre par une couche de parenchyme pulmonaire qui n'est le siége d'aucune altération, ce qui empêche de croire à l'existence antérieure d'une communication entre elles et la cavité pleurale. Les deux tiers inférieurs du poumon gauche sont fortement refoulés et comprimés par un épanchement purulent qui occupe la plèvre depuis le diaphragme jusqu'à une hauteur de près de 5 pouces et dans une étendue latérale de 4 pouces environ. La paroi externe ou costale de ce foyer est formée par de fausses membranes épaisses de plusieurs lignes, d'une couleur jaunâtre, résistantes sans être ni cartilagineuses ni osseuses. La paroi interne est constituée par une fausse membrane mollasse, inégale, étendue sur la plèvre pulmonaire. A deux pouces au-dessous du sommet du poumon gauche on voit cinq petites ouvertures infundibuliformes par lesquelles le foyer communiquait librement avec les bronches et non avec les cavernes. Ces petites ouvertures, arrondies, pouvant admettre une plume de corbeau, sont le commencement de conduits tapissés d'une muqueuse, qui débouchent dans les bronches après un trajet de 4 à 6 lignes. Le pus est lié, consistant, homogène, *peu odorant*, d'une couleur blanche-grisâtre. En le voyant il était facile de reconnaître qu'il était identique avec celui que nous trouvions chaque matin dans le crachoir du malade.

Dans ce pus existaient, en pleine liberté, sans aucune adhérence avec les parties voisines, plus de douze concrétions ossiformes, de couleur légèrement jaunâtre, de dimensions et de formes variées ; les plus considérables présentent à peu près le volume d'une pièce de 40 sols, sont frangées à leur circonférence et offrent sur leurs deux faces des aspérités aussi nombreuses qu'irrégulières ; dans quelques points elles sont recouvertes comme d'une poussière crétacée ; dans quelques autres on remarque de petits pertuis, analogues à ceux qu'on voit sur les os pour le passage des vaisseaux.

J'ai pensé, Messieurs, que ce fait vous présenterait quelqu'intérêt non seulement à cause de ces concrétions qui constituent un fait pathologique fort rare, mais encore à cause de cette communication multiple existant depuis long-temps, sans doute, peut-être depuis le jour où l'Ecrivain nous a dit avoir rendu du pus par la bouche, entre un foyer enkysté de la plèvre et les voies aériennes. Sous ce dernier rapport, ce fait est très-analogue à ceux que Bayle a publiés, dans l'endroit de son ouvrage sur la phthisie pulmonaire où il cite plusieurs observations de pleurésies chroniques qu'on aurait pu prendre pour des phthisies pulmonaires. M. Cayol, dans un mémoire intitulé : *Sur une maladie que l'on confond souvent avec la phthisie pulmonaire*, a confirmé les remarques de Bayle. Il a surtout insisté sur le mécanisme à l'aide duquel la nature établit une communication entre les liquides contenus dans les plèvres et les bronches, sans que ces liquides puissent s'infiltrer dans le tissu des poumons.

Bayle, Boyer, MM. Broussais, Andral, Gendrin et Richerand ont cité des cas d'empyèmes guéris par l'évacuation du liquide à travers les bronches. Enfin, tout le monde connaît les beaux travaux de Laennec sur le pneumo-thorax compliqué d'empyème avec ou sans communication avec le poumon. On sait avec quelle admirable sagacité il a découvert et indiqué les signes par lesquels on peut reconnaître l'existence isolée ou simultanée de ces graves lésions. On se tromperait, toutefois, si l'on croyait que les préceptes dont la science lui est redevable à cet égard doivent éviter toute erreur de diagnostic. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, le son clair que donnait la percussion sur la partie postérieure et supérieure du côté gauche de la poitrine était dû au pneumo-thorax, d'ailleurs très-limité, qui compliquait l'empyème. Mais, les fausses

membranes qui doublaient la plèvre dans ces endroits, faisaient que la résonnance, claire sans être tympanique, semblait devoir être attribuée aux cavernes tuberculeuses. Quant à l'empyème, il ne pouvait être indiqué que par la matité et l'absence du bruit respiratoire. Mais, d'un autre côté, ne pouvait-on pas penser que ces symptômes étaient dus à une de ces anciennes indurations pulmonaires, si fréquentes chez les vieillards? Il ne faut pas oublier non plus qu'il n'existait pas d'égophonie, que le changement de niveau du liquide suivant la position du malade, signe si précieux dans les cas douteux d'épanchement pleurétique, manquait complètement, attendu l'existence et la presque-plénitude du kyste; et qu'enfin, même dans la partie la plus déclive, la matité n'avait lieu que dans un espace circonscrit de la cavité pleurale. Le tintement métallique qu'on chercherait en vain, dans certains cas de fistules pulmonaires, manquait ici, soit parce que, comme la chose arrive souvent, il ne tombait aucun liquide des fistules dans la plèvre, soit parce que le pus du foyer s'élevait à une très-petite distance de l'orifice des fistules, soit enfin, parce que, suivant une théorie récemment émise par M. Beau, interne des hôpitaux, qui a obtenu la médaille d'or en 1834, le tintement métallique qu'il appelle tintement bullaire ne peut guère avoir lieu que lorsque les fistules sont submergées par le liquide. On conçoit, en effet, que l'air traversant le liquide, peut alors facilement déterminer la formation de bulles qui crèvent à sa surface. Or, la rupture d'une bulle, de quelque manière que celle-ci ait été formée, est le phénomène nécessaire, suivant M. Beau, pour la production du tintement métallique ou bullaire.

Il ne vous aura pas échappé, messieurs, que cette nouvelle observation de pneumo-thorax augmente le nombre, proportionnellement plus grand, de celles qui ont été recueillies sur le côté gauche de la poitrine. Il résulte, en effet, d'un relevé fait en 1830, par un habile investigateur, par M. le docteur Reynaud, que sur quarante-neuf cas connus de pneumo-thorax, trente-deux avaient eu leur siége à gauche, et dix-sept seulement à droite.

Je me propose d'appeler un autre jour votre attention sur ces cavernes vides, entièrement tapissées d'une membrane muqueuse, qui sont, on ne peut en douter maintenant, un des modes de guérison de la phthisie pulmonaire, maladie qui, pour le dire en passant, guérit plus souvent qu'on ne le pense généralement, comme me l'a démontré l'examen attentif d'un grand nombre de poumons de vieillards. Je ne veux pas m'arrêter non plus sur l'existence d'un foyer purulent qui, sans doute, se renouvelait chaque jour, puisque chaque jour il fournissait à une expectoration assez abondante. Je désire arriver à la présence dans un liquide purulent de ces productions ossiformes que la Société a sous les yeux.

Jusqu'à quel point ces concrétions sont-elles rares?

Quelle est l'origine de ces concrétions?

Pour résoudre cette double question, j'ai fait quelques recherches dont voici le résultat :

J'omettrai à dessein tous les faits dans lesquels il est question d'ossifications développées dans les parenchymes organiques, dans les vaisseaux, dans les intestins, etc., pour ne vous entretenir que de ceux qui concernent les séreuses.

D'abord, aucune observation, que je sache, ne constate la présence, dans une cavité pleurale ou dans un foyer formé par de fausses membranes pleurétiques, de productions semblables à celles que je vous soumets aujourd'hui. Les altérations que l'on a décrites sous le nom d'ossifications de la plèvre, existaient soit en dehors de cette membrane, soit à son intérieur, ou bien encore, si l'on s'en rapporte à certains observateurs, la plèvre avait subi une véritable transformation. Mais jamais ces ossifications n'étaient libres et flottantes dans un liquide. Toutefois, au rapport de Laennec (article cartilage accidentel du *Dictionnaire des sciences Médicales*), Kerckringius et Merckline paraissent avoir rencontré des concrétions osseuses dans les cavités mêmes de l'arachnoïde, où elles flottaient sans adhérence. Malheureusement, Laennec n'indique pas les ouvrages où ces faits sont consignés, ce qui m'a empêché de les vérifier et de voir jusqu'à quel point ils ressemblent à celui que j'ai observé (1). J'ai montré à notre collègue M. Sabatier, un corps cartilagineux du volume d'une grosse aveline, offrant la blancheur de la cire, au moment où on l'a extrait, mais devenu jaunâtre par le contact de l'air; ce corps avait été trouvé libre dans le grand épiploon d'un vieillard mort d'une pneumonie. En le voyant, et quoique je n'eusse pas dit encore le lieu où il avait été observé, M. Sabatier annonça que cette production avait dû être trouvée près du grand épiploon. Il ajouta qu'il se rappelait en avoir rencontré plusieurs fois de semblables, non pas dans la cavité de ce sac, mais entre les deux lames qui forment sa paroi antérieure, ou entre celles de la paroi postérieure. Littre a rencontré libre, dans le péritoine, un corps cartilagineux dont il n'indique pas le volume. La plupart des médecins ont pu voir dans des cavités articulaires, mais surtout dans celle du genou, de petits corps cartilagineux ou même osseux, qui tantôt sont adhérents et tantôt ne le sont pas. On trouve dans la *Revue médicale* (septembre 1834) l'histoire d'une opération faite par M. Bourse, pour extraire de l'articulation du genou un petit corps osseux qui occasionait de vives douleurs. Enfin, Laennec a vu des concrétions cartilagineuses ou osseuses libres dans la tunique vaginale.

Si maintenant nous recherchons quelle peut être l'o-

---

(1) La bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris ne possède qu'un seul ouvrage de Kerckringius. Il est intitulé : *Commentarius in currum triumphalem antimonii Basilii Valentini;* Amstelodami, 1671. Quant à Merckin, on n'a pu se procurer que son curieux *Traité de la transfusion*, publié à Nuremberg en 1679. Il ma été impossible de trouver dans ces deux ouvrages aucune trace des faits annoncés par Laënnec.

rigine des productions morbides que nous avons trouvées, trois explications se présentent :

1° La première consisterait à considérer ces concrétions comme de véritables pétrifications, comme de véritables calculs qui se seraient formés dans un liquide purulent de la même manière que les calculs vésicaux ou cystiques se développent au milieu de l'urine ou de la bile.

2° On peut concevoir que des productions cartilagineuses ou osseuses développées en dehors de la plèvre, aient, dans un point, soulevé cette membrane, l'aient poussée devant elle et se soient ainsi frayé une route jusque dans la cavité pleurale. Laennec a vu des concrétions cartilagineuses ou osseuses qui pénétraient ou avaient pénétré de la sorte dans la tunique vaginale.

3° Ne pourrait-on pas admettre encore qu'à la suite du coup reçu par le malade quatre ans avant sa mort, coup qui fut suivi d'un épanchement pleurétique, il se fût développé de fausses membranes qui seraient passées successivement à l'état cartilagineux et osseux ? Ces productions ossiformes, baignant constamment dans un liquide purulent, se seraient peu à peu dépouillées des parties membraneuses auxquelles elles adhéraient. De là, leur entière liberté dans le foyer purulent où elles ont été trouvées.

L'aspect des concrétions que la Société a sous les yeux, me fait pencher pour cette dernière explication.

Après cette lecture, et sur la proposition de l'auteur, la Société a décidé que M. le professeur Guibourt, l'un de ses membres, serait prié de faire l'analyse chimique de ces concrétions ossiformes, et de déterminer en quoi elles ressemblent à la substance osseuse, en quoi elles en diffèrent.

Voici la note remise à ce sujet par M. Guibourt :

Examen chimique d'une concrétion remise par M. Prus.

Substance d'un blanc jaunâtre, un peu translucide, inégale, tuberculeuse et comme vernissée, offrant à l'intérieur un grand nombre de petites cavités et une structure d'apparence fibreuse.

Cette substance pulvérisée, dégage une odeur de graisse intestinale repoussante. Exposée à la flamme d'une bougie, elle noircit et brûle imparfaitement, sans flamme et sans se fondre, en développant l'odeur du mucus placé dans les mêmes circonstances.

2,21 grammes de ce calcul pulvérisé, ont été traités par l'éther à plusieurs reprises. Ce liquide évaporé n'a laissé que 0,04 grammes d'une matière grasse, fusible dans l'eau bouillante et saponifiable. Le calcul épuisé par l'éther, a été traité par l'eau froide. L'eau mise à évaporer, ne s'est pas troublée, et a laissé seulement 0,005 grammes d'une matière saline, jaunâtre, déliquescente, dans laquelle les réactifs ont indiqué la présence d'un chlorure, d'un sulfate et de la chaux.

L'action de l'eau bouillante a succédé à celle de l'eau froide ; mais je n'ai retiré ainsi que 0,1 gramme d'une matière opaque, sèche, de forme écailleuse, ressemblant à du mucus desséché.

Le calcul soumis à l'examen peut donc être considéré comme presque entièrement insoluble dans les trois menstrues employées. Le résidu, pesant 2,065 grammes, a été calciné à blanc dans un creuset de platine ; il a perdu exactement le quart de son poids ou 0,515, et il est resté 1,55 d'un produit blanc, faisant une faible effervescence avec l'acide hydrochlorique. L'acide ayant été évaporé à siccité, le résidu a été repris par l'eau, afin de dissoudre le chlorure de calcium, et de laisser le phosphate de chaux. Celui-ci pesait 1,085 : la quantité du carbonate décomposé était donc de 0,465.

D'après cet essai d'analyse, le calcul était composé de

Phosphate de chaux.	1.085	49,1
Carbonate de chaux.	0,465	21,1
Mucus insoluble.	0,615	27,8
Matière grasse.	0,040	1,8
Sels solubles.	0,005	0,2
	2,210	100,0

J'ai omis de rechercher la présence de la magnésie dans les deux sels calcaires déterminés ci-dessus.

Je donne ici, comme point de comparaison, les résultats de l'analyse des os humains, faite par M. Berzélius, après que ces os eussent été dépouillés de toute graisse et du périoste, dans lequel la proportion de gélatine est plus considérable que dans l'os proprement dit :

Os d'homme.

Cartilage complétement soluble dans l'eau, ou gélatine.	32,17
Vaisseaux.	1,13
Phosphate de chaux avec un peu de fluorure calcique.	53,04
Carbonate de chaux.	11,30
Magnésie, probablement carbonatée.	1,16
Soude et chlorure de sodium.	1,20
	100,00

La principale différence offerte par le calcul analysé, consiste dans la substitution du mucus insoluble à la gélatine, et dans le doublement de la quantité de carbonate de chaux.

M. Delens a fait remarquer que le résultat obtenu par notre habile collègue, vient confirmer pleinement ce qui a été avancé par les chimistes qui, précédemment, se sont occupés de l'analyse des ossifications accidentelles ; celles-ci présentent toujours un mucus plus ou moins insoluble, au lieu de la gélatine qui constitue la trame organisée des os, et en outre, une quantité proportionnelle de carbonate de chaux, bien supérieure à celle que l'on trouve dans ces derniers.

—

OBSERVATIONS

D'ascite compliquées d'affections organiques du foie et de l'ovaire ; par M. Lemoine.

(*Imprimées par décision de la Société de Médecine.*)

1re Observation.—*Hypertrophie du foie, ascite, squirrhe de l'ovaire, boulimie.*—Une dame âgée de soixante ans, d'une constitution lymphatique, d'une grande susceptibilité nerveuse, a éprouvé, il y a plus de quinze ans, des chagrins profonds et durables. L'époque de la cessation des règles, arrivée pour elle à quarante-cinq ans, n'avait offert rien de remarquable que l'apparition d'une tumeur dans le sein gauche, qui a acquis au moment où je parle le volume d'une noix. Ses parens n'ont jamais eu d'affection cancéreuse. Il y a dix-huit mois, elle fut atteinte d'une hépatite aiguë qui fut traitée par les moyens appropriés ; malgré leur emploi sagement dirigé, la maladie passa à l'état chronique, et le bord tranchant du foie se fit sentir au-dessous des fausses côtes ; on put s'assurer aussi qu'il se développait une autre tumeur dans le flanc gauche. Enfin la fluctuation se manifesta ; la malade, tourmentée d'ailleurs par un catarrhe chronique, éprouvait une violente dyspnée, et demandait avec instance qu'on la soulageât ; le médecin qui lui donnait des soins, me fit pratiquer la paracenthèse le 26 février 1833. La ponction faite sur le milieu d'une ligne oblique supposée, tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, donna pour résultat vingt pintes environ d'un liquide noirâtre coulant comme de l'huile. Il s'en suivit un soulagement notable ; la malade put faire de petites promenades, aller voir les personnes de sa connaissance logées dans son voisinage. Le 22 mai, nouvelle ponction qui produisit un résultat semblable. Dès ce moment la malade fut soumise à la diète blanche, et ne réclamait rien de plus pour son alimentation. Cependant le volume du foie augmentant rapidement, les époques des ponctions se rapprochaient ; le liquide avait perdu sa couleur noirâtre, et avait acquis tous les caractères physiques de la sérosité acétique ; l'amaigrissement était considérable ; il se manifesta du trouble dans les facultés intellectuelles ; des syncopes fréquentes et prolongées donnèrent de sérieuses inquiétudes. Dans ces circonstances, l'honorable et savant praticien qui lui donnait ses soins, refusait de prescrire l'opération. Vaincu enfin par les sollicitations de la famille, il y consentit. Cette opération, qui était la dixième, fut pratiquée le 8 juillet de la présente année ; elle donna pour résultat un liquide semblable à une forte solution d'amidon. A la suite, la malade eut des syncopes plus rapprochées encore, des idées sombres, puis une somnolence continuelle. La tumeur de l'ovaire avait fait peu de progrès ; mais le foie descendait en refoulant les muscles et les tégumens de l'abdomen jusqu'au pli inguinal, s'avançait jusqu'à la ligne blanche et faisait une saillie de plus de quatre pouces au-dessus de la région gauche de l'abdomen. Vers la moitié de septembre, la malade dit qu'elle se sentait très-bien, écrivit à ses filles des lettres pleines de sentimens affectueux et de reconnaissance, et leur dit éprouver un appétit très-vif. On lui accordait à regret des alimens qu'on avait soin de choisir parmi ceux dont la digestion était le plus facile, et qui étaient loin de calmer sa faim ; sa langue était à l'état normal, ses selles assez souvent bilieuses, ses digestions promptes et faciles, son pouls petit et sans fréquence. Enfin son appétit est devenu tellement impérieux, qu'un repas composé de soupe, d'œufs, de poisson, est à peine terminé, qu'elle se plaint de souffrir de la faim : sur la recommandation qui lui a été faite de broyer avec lenteur ses alimens, elle a répondu qu'elle y obéirait d'autant mieux qu'elle aurait le bonheur de conserver plus long-temps les alimens dans sa bouche. Si on lui recommande d'attendre au moins que la digestion soit accomplie avant de faire un nouveau repas, elle pleure, supplie qu'on lui donne à manger, et passe aux menaces et au désespoir si on continue à lui refuser des alimens. Les boissons émulsionnées et nitrées, l'opium, n'ont point calmé cet appétit extraordinaire. Le 23 septembre dernier, la ponction lui a été pratiquée pour la onzième fois ; elle l'a bien supportée ; mais son appétit est toujours insatiable, et elle demande instamment des alimens qui puissent par leur poids calmer la *faim qui la dévore.*

2e Observation.—*Hydropisie enkystée de l'ovaire ; ascite ; liquide morbide présentant les caractères physiques du sang. Autopsie.*—Une femme de cinquante ans, en proie depuis plusieurs années à des chagrins, suite de la perte complète de sa fortune, reçut, en 1830, une pierre dans la fosse iliaque gauche. Elle y éprouva une douleur gravative que l'on combattit par les émissions sanguines locales, les topiques émolliens, les grands bains ; cependant une tumeur se manifesta dans cette région, et, en deux ans, acquit un volume tel qu'elle remplissait la partie inférieure de l'abdomen ; laissant seulement un espace de quelques pouces entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure gauche ; elle s'avançait jusqu'au-dessus d'une ligne que l'on aurait supposée passer par l'ombilic, et présentait dans cette région trois lobes mal circonscrits. La région épigastrique donnait à la percussion un son très-clair. La fluctuation étant évidente, je pratiquai la ponction à gauche dans l'endroit où je l'avais perçue. Le liquide avait tellement l'apparence du sang, que la malade s'écria avec effroi qu'elle allait mourir, et ne se rassura qu'en sentant ses forces se conserver pendant son effusion. La quantité était de trente-deux livres. Trois autres ponctions furent pratiquées et donnèrent le même résultat ; après la quatrième une péritonite suraiguë enleva la malade, dont les jambes infiltrées étaient parsemées d'eschares gangréneuses. L'autopsie fut faite pour des raisons particulières huit heures après la mort. Les membres supérieurs conservent de la chaleur ; les inférieurs sont refroidis ; au-dessous des eschares gangréneuses, le tissu cellulaire est infiltré d'une matière gélatineuse, douze livres environ d'un liquide

semblable à du sang remplissent la cavité péritonéale ; de fausses membranes faciles à rompre unissent les circonvolutions de l'intestin, et s'étendent entre les lobes du foie ; au-dessous des fausses membranes le péritoine est rouge et enflammé, l'estomac est placé presque perpendiculairement dans l'hypocondre gauche. Sous les deux tiers inférieurs de la cavité abdominale, on voit la tumeur formée aux dépens de l'ovaire gauche. Elle est constituée par de la matière squirrheuse en partie ramollie, de la matière encéphaloïde et de nombreuses cellules contenant des liquides divers.

DESCRIPTION

D'un cas de monstruosité; suivie de quelques réflexions; par Ant. Dugès, Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il y a quelques années j'ai publié dans la *Revue médicale* (1827, tom. IV) un mémoire contenant plusieurs observations de monstruosité de la face à des degrés différens. Un des cas dont il y est question, celui peut-être dont les exemples sont les plus rares, ne m'avait fourni qu'une observation incomplète ; c'est celui d'un agneau dont le bas de la face et la mâchoire inférieure étaient considérablement réduits, mais dont les pièces osseuses n'ont pu être convenablement examinées. Un nouveau cas du même genre, dont le sujet nous a été remis frais et entier, nous permettra de suppléer à cette lacune, et de donner ainsi plus de précision à ce genre remarquable de monstruosité qui se montrera même ici portée à un degré d'intensité de plus que chez l'agneau dont nous avons donné alors la description extérieure et la figure.

C'est aussi d'un agneau qu'il s'agit ici : il est né de taille ordinaire au terme normal ; il vivait et n'est mort qu'au bout de quelques minutes après s'être violemment débattu. Le corps et les membres offraient une conformation régulière, la tête seule était défectueuse; le museau étroit et pointu n'offrait aucune apparence de bouche ; les narines étaient ouvertes, les yeux dirigés en bas, les oreilles tirées plus encore dans ce sens ; rapprochées l'une de l'autre vers la gorge, elles n'étaient séparées que par un enfoncement commun revêtu d'une peau nue, mince, rouge, humide, et enduite d'un cerumen blanchâtre. Un stylet poussé dans les narines d'avant en arrière, s'est arrêté à deux pouces de profondeur ; les fosses nasales oblitérées à leur fond, n'ayant aucune communication avec la gorge, de même que le pharynx et le larynx, qu'on sentait derrière la fosse intermédiaire aux deux oreilles, n'avaient aucune communication avec l'extérieur. *L'animal est donc mort asphyxié, faute de passage pour l'air de l'extérieur aux poumons.*

La dissection nous a effectivement prouvé, que le pharynx se terminait en large cul-de-sac sans ouverture au-devant de la colonne vertébrale et derrière la réunion des oreilles, que le larynx s'y ouvrait comme à l'ordinaire et avec la forme normale, soutenu comme de coutume par un hyoïde bien conformé et surmonté lui-même d'un paquet celluleux, violacé, infiltré, gros comme le bout du doigt, caché sous la peau et représentant un rudiment de la langue. Les poumons étaient d'un rouge brun, et sans la moindre bulle d'air dans leur parenchyme. Ce pharynx communiquait librement aussi avec un œsophage ayant un pouce et demi à deux pouces de diamètre et conduisant dans les estomacs qu'on connait à ce genre d'animaux avec les modifications seules que l'âge leur donne. Dans la panse, matière muqueuse et mêlée de bile; dans la caillette, fluide très-visqueux, d'un brun verdâtre, très-chargé de bile. Dans la majeure partie de l'intestin grêle, mucosités pulpeuses, jaunes et un peu verdâtres, plus foncées, plus abondantes, à l'approche du gros intestin. Le cœcum est distendu par un vrai *méconium*, vert foncé et pulpeux ; cette matière devient de plus consistante dans le reste du gros intestin et dans le rectum, elle est partagée en boulettes ; ce qui prouve encore, comme l'ont déjà prouvé tant d'autres exemples d'ostomie, *que le méconium n'est point le résultat de la digestion des eaux qui environnent le fœtus, et dans lesquelles on a supposé qu'il puisait sa nourriture.* L'anus était libre ; le thymus, la rate et le foie sains ; le canal cholédoque ouvert dans le duodénum ; le cœur était tel que celui de l'agneau nouveau-né le plus complètement viable. Les voies urinaires se sont aussi montrées sans altération, de même que les organes génitaux appartenant au sexe masculin ; le testicule gauche était encore dans l'abdomen, le gauche dans le scrotum.

En dépouillant la tête de ses chairs, il fut facile de voir que la mâchoire inférieure manquait totalement ; aussi les muscles qui la meuvent étaient-ils réduits à quelques petits faisceaux rudimentaires, qui s'enfonçaient dans des cavités représentant les fosses zygomatiques et s'y attachant par quelques filets tendineux ; les yeux et leurs muscles étaient au contraire dans une parfaite intégrité. En ouvrant avec précaution la voûte du crâne, je pus reconnaître que l'encéphale était sain, régulier, sans eau dans ses ventricules ; à la base il paraissait seulement un peu resserré d'un côté à l'autre ; les nerfs olfactifs et optiques, leurs chiasma, les *tuber cinereum*, la tige et le corps pituitaire n'offraient rien qu'un peu d'étroitesse, pour ce dernier organe surtout : l'origine de tous les nerfs était bien distincte ; mais ceux de la cinquième paire se montraient plus grêles que de coutume ; les pédoncules cérébraux étaient aussi plus serrés ; la moelle allongée, plus étroite ; la moelle épinière, le cervelet, les tubercules quadrijumeaux, la glande pinéale, les couches optiques et les corps striés n'ont rien présentés de remarquable.

La tête osseuse, préparée avec soin et fort peu dégradée par l'exploration précédente, a été conservée : elle est surtout remarquable par sa symétrie parfaite au milieu des anomalies qu'on y observe et qui méritent bien quelques détails spéciaux.

En masse, elle offre plus d'allongement et d'étroitesse qu'à l'état normal; toutefois le crâne paraît assez bien conformé en ce qui concerne la voûte en particulier; la face au contraire n'est représentée que par un prolongement cylindroïde de 8 à 9 lignes de diamètre et qui ne contient que la partie antérieure des fosses nasales; les os des deux mâchoires manquent à peu près totalement; de sorte que les orbites regardent plus en bas que sur les côtés, que les deux zygoma se touchent sous la tête, que les fosses zygomatiques sont réduites à un espace peu étendu, impair et médian, et qu'il n'y a ni fosse jugulaire ni arrière-narines, ni palais. Nous signalerons en quelques mots seulement l'état dans lequel se trouve chaque os en particulier. Les frontaux, les os du nez, les pariétaux, les pièces interpariétales et occipitales, ont éprouvé peu de changemens; les cornets inférieurs et les palatins n'existent point; les os intermaxillaires ou incisifs, un peu altérés dans leur forme, circonscrivent seulement en dessous l'ouverture antérieure des fosses nasales, et la partie inférieure de ces fosses est fermée, par une pièce en losange courbée transversalement, seul vestige qui reste de toute l'étendue des os maxillaires supérieurs. Les os lacrymaux ont plus de largeur que de coutume; les os malaires ou jugaux, formant comme à l'ordinaire la partie inférieure du cadre de l'orbite, sont soudés l'un à l'autre sous le crâne et s'articulent en arrière avec une pièce impaire et médiane aussi constituée par la réunion et la soudure des deux apophyses zygomatiques. A part cette soudure et l'inclinaison qu'elle suppose; les temporaux écailleux sont assez voisins de l'état normal, et il en est ainsi des rochers et des os styloïdiens; mais les deux tympaniques (caisses) sont soudés sur la ligne médiane et constituent un os unique en forme de coquille fort semblable à celui que j'ai décrit ailleurs (tête d'un agneau monople) et que j'avais alors pris, comme Haller dans un autre cas, pour un rudiment de la mâchoire inférieure, dont en réalité il n'existe pas ici le moindre vestige. Ici l'équivoque n'est point possible, et l'opinion de M. Geoffroy, qui a déterminé, dans un cas de ce genre, l'osselet en question, comme nous venons de le faire, nous paraît irréfragable; c'était bien là que se réunissaient les deux conques auriculaires avant la dissection. Entre cet os en coquille et les apophyses zygomatiques réunies, se trouve un osselet mince, comme plissé et anguleux; c'est sans doute un reste des ptérygoïdiens. Les pièces ptérygoïdiennes sont effectivement les seules qui manquent à l'ensemble du sphéroïde; toutefois les pièces qui restent reconnaissables peuvent nous fournir quelques remarques importantes; le sphénoïde antérieur ou ingrassial n'a rien de notable qu'un peu moins d'ampleur que de coutume dans la fossette destinée au chiasma des nerfs optiques; mais le sphénoïde postérieur offre, à un plus haut degré, ce rétrécissement; il est tel que la fosse pituitaire a disparu et se trouve remplacée par une crête longitudinale, due à la réunion de ses bords latéraux : les grandes aîles aussi étroites, couvertes en dessous par les temporaux, sont imperforées; *le trou ovale, destiné au passage du nerf sous-maxillaire, manque ou n'existe qu'en rudiment, et la fente orbitaire est à peu près de moitié plus petite que chez un agneau bien conformé.*

Nous avons terminé notre revue par ces derniers détails pour y attirer l'attention du lecteur; là, en effet, nous paraît siéger la clef de cette monstruosité singulière. Il nous paraît évident qu'une maladie a détruit à la fois et une partie du sphénoïde postérieur et des nerfs trijumeaux, d'où atrophie et destruction peut-être des deux mâchoires et de la langue, privées de leurs nerfs, qui tous sont des rameaux des branches sus et sous-maxillaires. Quelle a été cette maladie? est-ce une hydropisie du troisième ventricule, comme je l'ai supposé pour d'autres cas analogues? Ici la chose est peu probable, vu la conservation des tuber cinéréum et de la tige pituitaire et l'absence d'eau dans les ventricules cérébraux. Abandonnant, au reste, cette partie toute conjecturale du fait qui nous occupe, je ferai ressortir seulement cette symétrie dont j'ai déjà parlé, ce fini, cette régularité de conformation au milieu de désordres aussi considérables. C'est effectivement ce qu'on observe dans la plupart des monstruosités, mais pas toujours avec une perfection égale à celle dont nous avons ici un exemple. Un monstre, a dit M. Geoffroy St-Hilaire, est un être aussi parfait dans son genre que l'être le plus parfait aux yeux du vulgaire. Est-ce à dire pour cela que, de même que ce dernier, le premier soit formé d'après un type invariable, tel que celui qui constitue le cachet de l'espèce; c'est ce que semble porté à croire cet illustre zoologiste. Nous ne partageons pas cette manière de voir, et les innombrables degrés, les variations infinies que présentent, dans chaque nouveau cas, les monstruosités qui se ressemblent le plus, nous prouvent qu'il y a seulement dans tous les cas analogie de causes productrices, analogie de lésions, et par suite analogie de réparation. Ce dernier article, le travail réparateur, est ce qui nous semble le plus remarquable; c'est la circonstance la plus probante en faveur de la théorie de l'épigénèse. Voir des délabremens considérables à un âge très-tendre de la vie embryonnaire, permettre néanmoins un rapprochement, une élaboration, un achèvement régulier de ces matériaux si violemment bouleversés d'abord, n'est-ce pas acquérir la preuve la plus complète que le corps vivant ne se forme que par un travail graduel, qu'il s'édifie et s'élabore pièce à pièce et qu'il n'est point tout formé dans le germe, qui n'en est en quelque sorte que la pierre angulaire. Cette élaboration, le choix des matériaux organiques, cette convenance qui les rattache les uns aux autres et les modifie l'un pour l'autre, sont mis en évidence encore par d'autres faits de monstruosité, notamment par les cas de synadelphie ou de réunion avec fusion plus ou moins intime de deux embryons primitivement distincts. Déjà on a pu voir comment les os de l'un et de l'autre fœtus s'agencent pour ne former qu'un seul squelette avec les élémens de deux; comment, par exemple, les côtes droites de l'un des fœtus et les gauches de l'autre se portent

sur un même sternum, et réciproquement pour le côté opposé, comment les pubis d'un fœtus s'unissent par une symphyse régulière, non entre eux, mais avec les pubis de l'autre fœtus; mais les *affinités électives* s'observent même dans les parties molles; ainsi dans les fœtus réunis par les pubis, au-devant de chaque symphyse s'établit un appareil génital intermédiaire à l'un et à l'autre sujet, commun à tous deux, formé d'une moitié venant de l'un et d'une autre moitié venant de l'autre des deux frères. Nous citerons encore quelques exemples empruntés aussi à la splanchnologie :

Dans un monstre double appartenant à l'espèce humaine, dont les deux sujets étaient réunis par le thorax et la partie supérieure de l'abdomen et dont j'ai donné ailleurs une description succincte (Mémoire sur les obstacles, etc. Mémoires de l'académie royale de médecine, tome 1er), les deux foies étaient soudés l'un à l'autre; mais, chose bien remarquable! quoique les deux frères se regardassent presque directement face à face, c'est par leur bord épais, ordinairement postérieur, que les deux foies se touchaient et s'étaient soudés, tournés ainsi sur leur axe. De même dans la poitrine, il n'y avait aussi qu'un seul cœur à quatre ventricules, composé par conséquent de deux cœurs ordinaires; mais la cavité de l'un communiquait avec celle de l'autre par des ouvertures latérales de manière à en faire un organe unique, et ce qui était plus singulier, c'est que les deux cœurs étaient réunis par deux ventricules aortiques et cependant parallèles, pointe à pointe et base à base; il avait fallu pour cela que l'un des deux cœurs éprouvât dans ses ventricules une transposition que n'avaient point partagée les oreillettes, transposition dont on a quelques exemples, même chez les fœtus isolés.

EXPOSÉ

De plusieurs expériences homœopathiques faites en Allemagne; par M. Martins, D. M.

L'homœopathie fait grand bruit; tous les jours on entend citer dans le monde quelque fait extraordinaire, quelque cure merveilleuse; on met sur le compte des doses infinitésimales de charbon, de soufre, etc., les crises salutaires que tous les médecins de bonne foi ont vu si souvent opérées par l'action seule de la nature médicatrice; comme on raisonne sur des faits isolés, on attribue au remède un résultat qui n'est que l'effet d'une coïncidence fortuite. D'un autre côté, le ministre de l'instruction publique s'adresse à l'académie de médecine pour savoir s'il ne serait pas bon d'instituer des expériences publiques; là-dessus grand débat, et à entendre les deux parties, il semblerait que jamais de semblables expériences n'ont été faites et que l'homœopathie, toujours persécutée, n'a eu nulle part un théâtre pour réaliser sur une grande échelle ses immenses bienfaits; cependant il existe à Leipsick, dans un hôpital spécial, une clinique homœopathique qui publie un annuaire. En 1832 des essais comparatifs furent faits par ordre supérieur à Saint-Pétersbourg; nous en avons donné une analyse dans la Revue Médicale (mai 1833 et février 1834). Il résulte de ces dernières expériences que les homœopathistes perdirent un malade sur dix, proportion très-forte. Nous livrons maintenant aux méditations de nos lecteurs la correspondance suivante, et chacun arrivera aux conclusions que les sujets de l'expérience, gens tout-à-fait désintéressés dans la question, en ont eux-mêmes tirées.

Lettre du docteur Dahl au docteur Seidlitz, médecin de l'hôpital de la marine à Saint-Pétersbourg.

Orenburg, janvier 1834.

N'allez pas, mon cher ami, jeter dédaigneusement cette lettre loin de vous avant de l'avoir lue attentivement, et dire qu'elle prouve seulement qu'il existe sur la terre un fou de plus. La chose mérite une sérieuse attention : elle intéresse à la fois la science et l'humanité. Le frère du gouverneur de la ville est depuis peu de temps parmi nous, et tous les jours il nous fallait subir une longue énumération des cures merveilleuses opérées par l'homœopathie. Fatigué de voir attribuer à des décillionièmes de médicamens inertes les merveilles dont tout l'honneur revient à la nature médicatrice, je répondis à tout cet étalage ridicule, que les doctrines les plus absurdes avaient trouvé des partisans, que le charlatan le plus ignorant avait ses prôneurs, et que je ne connaissais qu'une voie pour arriver à la vérité, dans les sciences physiques, l'observation. J'ajoutai encore que la conduite de plusieurs médecins homœopathes que j'avais suivis de près, m'avait laissé des doutes sur leur bonne foi, et pour donner une preuve péremptoire de la mienne, je conclus en offrant d'avaler toute la pharmacie homœopathique qu'on avait étalée devant moi, quoiqu'elle contînt, à leur dire, assez de médicamens pour guérir toute la génération actuelle. Mon offre ne fut pas acceptée, mais on me donna de très-petites pilules de charbon de bois, à prendre chaque jour en deux fois, six le matin et six le soir. Pendant deux jours je n'éprouvai rien; le troisième j'étais mal à mon aise: j'attribuai cela à un refroidissement et je suspendis le médicament pendant trois jours; puis je le repris, mais à dose double, c'est-à-dire, douze pilules le matin et autant le soir; dès le lendemain je me sentis incommodé; attribuant encore ce malaise à une coïncidence fortuite, je suspendis de nouveau le médicament pendant cinq jours; complètement rétabli au bout de ce temps, j'avalai un soir 15 petites pilules et autant le lendemain: alors j'acquis la certitude que j'éprouvais l'influence du remède; j'étais dans un état d'anxiété et d'éréthisme difficile à décrire; j'avais des borborigmes dans le ventre, un goût de colle dans la bouche, des étourdissemens, une douleur fixe au-dessus des orbites, et de violens bourdonnemens dans les oreilles; le bruit

m'était insupportable et je ne pouvais parler à haute voix. C'est en vain que je voulais me nier à moi-même la nature de mes sensations et secouer le joug des impressions pénibles qui m'accablaient, il fallut céder à l'évidence. Ne me répondez que par des faits, je vous en supplie ; quant à moi, il en est un que je ne puis plus rejeter, c'est que des doses infiniment petites de charbon végétal ont une action sur l'économie animale.

RÉPONSE.

St.-Pétersbourg, mars 1834.

Il est temps que je réponde à votre lettre, mon cher Dahl, car elle a fait événement parmi nos médecins fractionnaires, quoique je ne l'aie montrée à personne. Les homœopathes sont comme les membres des sociétés secrètes, ils correspondent entre eux d'un bout du monde à l'autre, et s'instruisent réciproquement des progrès de la doctrine. Aussi de tous côtés j'entends dire, Dahl est converti! Dahl est devenu homœopathe! et cela depuis que vous avez subi le martyre des décillionièmes de charbon. On me sommait de montrer la lettre que vous m'aviez écrite; pour avoir la paix, je la fis imprimer; maintenant je vais chercher à l'expliquer, et je ne le puis que de deux manières; ou bien les prétendus décillionièmes de charbon contenaient quelque médicament énergique qui, agissant directement et *allopathiquement*, a produit votre malaise, ou bien ce malaise n'est dû qu'à l'état d'agitation morale et d'inquiète curiosité où vous avait mis votre expérience. Qui pourrait nier l'influence des affections morales sur la santé! Combien de cas de choléra dont la peur était la seule cause! Vous rappelez-vous ce domestique qui, à Varna, mourut en douze heures de la peste, après avoir contemplé avec effroi un cadavre gissant dans la campagne? Mon assurance vous étonne, vous m'aviez demandé des faits, je vous réponds par des raisonnemens; permettez-moi d'en faire encore un, puis je me servirai des seules armes que vous voulez bien m'accorder. Si vous aviez répété votre expérience dix fois, quinze fois, à des époques éloignées, dans des saisons différentes, au milieu de circonstances variées, je pourrais en faire quelque cas, mais pour vous prouver jusqu'où peut aller l'influence des idées préconçues, je livre à vos méditations l'observation suivante : Mme Stephanow, âgée de 48 ans et phthisique, avait été traitée homœopathiquement pendant deux ans; je devins son médecin, et comme mon art était impuissant, elle me demanda de la traiter de nouveau par la méthode homœopathique, j'y consentis, et lui donnai deux grains de *sucre de lait*, en l'assurant qu'elle éprouverait pendant six jours les effets de ce médicament énergique; le lendemain elle me reçut avec un sourire ironique, en me disant : On voit bien, docteur, que vous n'avez pas l'habitude de manier les médicamens homœopathiques. Celui que vous m'avez donné était trop énergique, il a déterminé une telle révolution chez moi que cette nuit je n'espérais pas revoir le jour; cependant son action a été en définitive salutaire, car il y a bien long-temps que je ne me suis sentie aussi bien qu'aujourd'hui. Elle me détailla ensuite une série de sensations extraordinaires, toutes plus fortes les unes que les autres, qui l'avaient agitée toute la nuit. J'ai maintes fois admiré depuis les effets incroyables du sucre de lait chez les malades doués d'une foi robuste. Vous m'avez engagé à répéter vos expériences, je l'ai fait. Il fallait d'abord me procurer les médicamens; un médecin avec lequel j'étais fort lié, le docteur Adam, qui depuis sa conversion à l'homœopathie, avait rompu tout commerce avec un collègue qui persistait dans l'impénitence finale, voulut bien, à ma prière, m'apporter lui-même dans un flacon des doses infiniment petites (des décillionièmes) de charbon, et dans un papier, de petites pilules inertes, et sans propriété aucune. Son empressement me frappa, c'était celui d'un apôtre accourant auprès d'un incrédule repentant, et il ne tient qu'aux homœopathes d'ajouter à toutes les propriétés du charbon végétal celle de rapprocher des confrères que les schismes médicaux ont long-temps séparés. Je voulais essayer le médicament sur moi-même et sur plusieurs des infirmiers de mon hôpital, mais comme le temps était très-variable, que le baromètre présentait des oscillations fréquentes, je me déterminai à attendre. Cette précaution m'a sauvé d'une erreur semblable à la vôtre, car peu de jours après je fus affecté d'une fièvre catarrhale qui me força à rester au lit; si vous êtes un vrai croyant, vous me direz peut-être que le flacon agissait sur moi du fond du tiroir que le recélait, mais j'espère que vous n'en êtes pas encore là. Il y a huit jours, j'ai remis des pilules de charbon aux docteurs Goedechen et Netschajeff. Le premier commença ses essais le 13 mars, il y mit beaucoup d'apparat : chaque infirmier avait une feuille sur laquelle il devait faire inscrire heure par heure toutes les sensations qu'il éprouverait; les résultats furent les suivans.

I. Fédor Jefimaff, âgé de dix-sept ans, parfaitement bien portant, prit le 13 au matin huit pilules de charbon : après une demi-heure il éprouva du mal de tête, de étourdissemens, du trouble de la vue, de la chaleur à la face. Ces symptômes disparurent au bout d'une demi-heure. Le 14, il prit dix pilules, et n'eut au bout d'une demi-heure qu'un mal de tête qui dura une heure.

Le 15. Trois heures après avoir pris douze pilules, il ressent de la céphalalgie, du trouble de la vue, et il se couvre de sueur. Cet état dura cinq heures.

Le 16. On lui donne des pilules *inertes :* après deux heures, il est pris de mal de tête, de faiblesse, de sueur, de chaleur sur tout le corps. Au bout de trois heures tout avait disparu.

Le 17. Dix-huit pilules *inertes*, mêmes symptômes pendant deux heures.

Le 18. Même prescription, même résultat, et de plus des bourdonnemens dans les oreilles et de la salivation. Deux autres infirmiers, Ivan et Selivanoff éprouvèrent des effets semblables avec le charbon et avec les pilules inertes; comme vous ils étaient prévenus; leur at-

tention à analyser leurs sensations était éveillée, et voilà pourquoi trois autres infirmiers présentèrent les mêmes symptômes avec ou sans charbon. Mais, patience!

Le 27 mars, je voulus faire avec le dr Goedechen l'*experimentum crucis*. Un des infirmiers prit de nouveau sept pilules de charbon, mais, rassuré par leur peu d'action, il n'éprouva rien du tout. Un jeune homme épais et flegmatique, Semen Karnejeff, n'a jamais rien senti pendant toute la durée des expériences, quelle que fût la dose. Au contraire Gavrillo est un garçon d'un tempérament nervoso-sanguin, affecté d'anévrisme du cœur, la moindre impression provoque chez lui des palpitations, de l'injection du visage. Aussi éprouva-t-il non seulement toutes les sensations de ses camarades, mais il vomit encore son dîner. Pendant deux jours on lui avait donné des pilules *inertes;* le troisième jour il refusa de les prendre, disant que l'effet qu'elles produisaient sur lui était trop pénible. Que si des homœopathes objectaient que les effets ressentis par les malades, le jour où ils prenaient des pilules de mie de pain, étaient dus à l'action des pilules de charbon de la veille, nous leur répondrons que le jour où les infirmiers ne prenaient rien, ils n'éprouvaient rien, quel que fût le médicament qu'ils eussent pris la veille.

Le Dr Netschajeff se conduisit d'une manière différente dans sa division, il prit tous les matins six pilules de charbon en présence de ses infirmiers, au bout de ce temps, il leur demanda s'ils voulaient en faire autant; ils y consentirent volontiers, et ni le médecin ni les infirmiers n'éprouvèrent le plus léger malaise. Un seul crut avoir plus de tendance au sommeil, et une sécrétion salivaire plus abondante qu'à l'ordinaire; des interrogatoires minutieux ne purent fournir d'autre indice d'une action quelconque. Qui ne voit que l'imagination a seule produit les résultats chez les premiers infirmiers. Des hommes auxquels on distribue des pilules après les avoir rangés en bataille, auxquels on ordonne de veiller sur leurs sensations, ne tardent pas à en ressentir. Les autres voient leur chef prendre lui-même ces pilules, et n'en éprouver aucun effet; ils les prennent à son exemple, ils s'attendent à ne rien éprouver, et ils n'éprouvent rien. Cela est si vrai que dans une autre division de son hôpital, le dr Goedechen donne des pilules inertes un jour, deux jours, à des infirmiers, sans y mettre de l'importance; ils n'éprouvent rien; il leur donne ensuite des pilules actives, et ils n'en sont pas plus affectés.

L'essai répété deux ou trois jours de suite donne toujours les mêmes résultats. Nos expériences sont un curieux chapitre à ajouter à celui de l'influence de l'imagination sur les fonctions physiologiques de l'homme. La complète innocuité des pilules homœopathiques a été reconnue par les sujets de l'expérience eux-mêmes, qui tous se sont rangés à l'avis de leur phlegmatique camarade Semen Karnejeff, qui a toujours dit et soutenu qu'il n'éprouvait rien du tout. Pour ce brave Tartare, la déglutition des pilules quotidiennes n'était qu'un acte machinal ajouté à ses fonctions d'infirmier, et, en véritable Russe, il ne cherchait jamais le pourquoi des choses quand son chef avait parlé, s'épargnant ainsi la fatigue d'un travail intellectuel auquel il n'était point accoutumé.

(*Annales de Hecker*, juin 1834).

Il est difficile d'opposer quelque chose à des faits aussi concluans, mais ce qui est encore bien plus curieux selon moi, et bien plus propre à détruire toute confiance, non-seulement dans l'homœopathie, mais encore dans la capacité de ceux qui l'exercent, c'est de voir comment ils observent la nature, de lire l'histoire des maladies qu'ils prétendent avoir guéries, et de savoir ce qu'ils appellent des succès. On ne sait ce qu'on doit admirer davantage, ou de la faiblesse pitoyable de la symptomatologie ou des singulières conclusions que leurs auteurs ont la hardiesse d'en tirer. Nous extrayons ces faits de l'annuaire de la clinique homœopathique de Leipsick, 2e cahier, contenant l'exposé des traitemens faits depuis le 1er avril jusqu'au 30 juin 1833. L'on sait que l'homœopathie proscrit toute opération chirurgicale, puisqu'il ne s'agit dans chaque maladie que de donner un médicament produisant des effets semblables aux symptômes observés. Cependant ces messieurs violent quelquefois leur charte fondamentale, comme on va le voir dans les deux observations suivantes, que nous livrons à l'admiration de nos lecteurs.

Une malade qui avait déjà été affectée deux ans auparavant de deux panaris à l'indicateur et au doigt annulaire, éprouva, après s'être piquée à l'indicateur avec une aiguille, du gonflement, de la douleur, qui ne tardèrent pas à s'étendre sur la main et sur l'avant-bras. Deux jours après son entrée dans l'institut homœopathique, l'abcès s'ouvrit à la partie interne de la dernière phalange, et il s'en écoula du pus jaune, épais, ce qui amena un soulagement momentané. Cependant ce doigt était toujours douloureux au toucher, et l'on sentait de la fluctuation autour de l'articulation. Tout le doigt était rouge et gonflé, et au moindre mouvement la douleur se propageait jusque dans le voisinage de l'épaule; dans ce doigt lui-même, la malade sentait une douleur pulsative. L'appétit était diminué, et le soir il y avait du frisson. Après cet exposé des symptômes, où l'état général est complètement omis, je le demande, non pas à tout médecin, mais à tout malade ayant été affecté de panaris, si des bains prolongés et des cataplasmes ne l'ont pas soulagé immédiatement: mais l'homœopathie a changé tout cela. On donna à la malade de l'encre de Chine, de la *sepia;* la nuit suivante elle dormit assez bien (effet de la sepia!); le gonflement, la douleur et la sécrétion purulente avaient diminué (le tout par l'influence de la sepia); mais comme elle se plaignait de céphalalgie, on lui fit flairer de l'aconit. La tumeur diminuait tous les jours (chose inouïe dans un abcès ouvert, comme chacun sait); mais comme il y avait de la fièvre, on donna de la *noix vomique*. Malgré la diminution du gonflement et la plus grande facilité des mouvemens, la fièvre augmentait toujours; il y avait de la constipation, qui fut combattue par la *bryone*. Enfin, la malade ne pouvant pas dormir, à

cause de la vive douleur qu'elle éprouvait dans le voisinage de la première articulation du doigt, on se décida à faire une incision (procédé fort peu homœopathique); il s'écoula une grande quantité de pus; on ordonna de nouveau l'encre de Chine, et le douzième jours l'abcès était en voie de guérison. On administra de nouveau de la noix vomique. Le quinzième jour, la malade put se lever, mais elle avait des coliques et de la constipation depuis trois jours; le doigt était douloureux, suppurant de nouveau, et on pouvait pénétrer profondément avec un stylet. On donna la *silice* le soir, l'aconit, puis, à cause de la constipation qui durait depuis cinq jours, de la *bryone*. La malade se plaignit de nouveau du mal de tête, l'abcès était guéri. Alors on lui administra la belladone, et elle sortit 23 jours après son entrée. Dès le lendemain, elle revint, affectée d'une *espèce de fièvre nerveuse*, et resta encore vingt-sept jours à l'hôpital. Quel est celui d'entre nous qui puisse se vanter d'avoir jamais guéri un panaris en cinquante jours! Et il est bien singulier que les disciples d'Hahnemann emploient le bistouri, tandis que leur maître assure que tous les panaris peuvent tous se résoudre sans l'emploi d'aucun moyen chirurgical.

Dans un autre cas, page 68, ayant trouvé une phalange cariée, ils l'enlevèrent après avoir prescrit de l'aconit, du mercure soluble, des siliceux et de la noix vomique: cette malade revint aussi à l'hôpital huit jours après avoir été renvoyée. La durée totale du séjour fut de soixante-quatre jours, ce qui est un résultat non moins admirable que le premier.

Une domestique robuste avait eu trois accès de fièvre intermittente tierce. Le 13 mars elle devint quotidienne. On lui donna successivement de *l'ipécacuanha, de la fève de St-Ignace, de l'arsenic, du charbon végétal, de l'ipécacuanha, du quinquina, de la pulsatille, de la noix vomique, du sulfate de quinine, du soufre, du veratrum album, du quinquina, de la drosera, du carbonate de chaux;* et le 58e jour, encore de *la fève de St-Ignace*. Certes voilà un luxe de médicamens peu commun. Eh bien! malgré cette heureuse succession de substances analogues dans leur action, la malade perdait ses forces tous les jours, et elle sortit *soixante-dix-huit jours*, après son entrée avec sa fièvre quotidienne, pour aller se faire guérir ailleurs. On voit que les résultats sont de plus en plus surprenans. Un imprimeur, âgé de 22 ans, affecté souvent de toux catarrhale, fut atteint de variole. Guéri au bout de sept semaines, il eut quatre accès de fièvre tierce; et après huit jours, le pied et la jambe se tuméfièrent, devinrent le siége de douleurs vives, qui s'étendirent aussi dans les mains. Les homœopathes considérèrent ces symptômes comme une conséquence de la variole, et administrèrent la *varioline*. Cette substance est probablement un pus variolique ou du vaccin desséché. Le trosième jour, on donna de la noix vomique, le cinquième la varioline, le septième du *rhus toxicodendron;* le 11e, le 14e, le 19e et le 25e jour du soufre; le 29e, le malade était complètement guéri. Voilà de ces faits que les homœopathes opposent aux incrédules, et cependant que prouvent-ils? Un malade affecté de douleurs rhumatismales placé dans un lit chaud, mis au régime, guérit très-bien par le repos, sans soufre, sans noix vomique, et sans varioline. Je ne sais trop ce que les homœopathes peuvent répondre au dilemme suivant. Si une maladie ne peut guérir que par les semblables, alors un malade non traité ou traité par les contraires doit toujours succomber, ou du moins rester toujours souffrant. Et si les homœopathes reconnaissent (ce qu'il est impossible de nier) que la nature peut seule guérir, nous leur demanderons quelle preuve ils peuvent donner que ce sont leurs dix-millionièmes et non pas la nature qui a guéri. Que s'ils nous renvoyaient notre argument en disant que nous sommes dans la même incertitude, notre réponse est simple et facile; c'est précisément parce que nous reconnaissons l'immense pouvoir de la nature médicatrice que nous sommes très-réservés lorsqu'il s'agit de la valeur d'un médicament; et nous pensons que l'on ne peut être sûr de son action salutaire qu'en comparant un grand nombre de cas dans lesquels on a laissé agir la nature seule à d'autres où on a mis en usage un remède quelconque. Les homœopathes agissent tout différemment: un individu est malade, on lui fait lécher sur le dos de sa main des millionièmes de grains; et s'il guérit, c'est à ces poudres insignifiantes qu'on attribue le succès. Et s'il meurt? alors ce sont les traitemens antérieurs qu'on lui a fait subir qui ont paralysé l'effet des doses fractionnées. Et s'il n'a pas fait de traitement antérieur? alors c'est qu'il avait près de lui un malade traité allopathiquement. Et s'il était seul dans sa chambre? c'est qu'il aura mangé du persil et flairé de l'eau de Cologne. Et s'il n'a rien fait de tout cela? alors l'homœopathe avoue enfin que sa science n'en est pas venue au point de nous rendre immortels.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGERE.

—

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

I. *Sur l'épidémie de variole qui a régné à Naples, et dans ses environs, par le docteur* Salvatore Ronchi, *président de l'institut central de vaccine du royaume de Naples.*

Depuis le mois de mai jusqu'au milieu d'octobre, le temps a constamment été chaud et sec; par suite, toutes les maladies ont tourmenté la population de ce pays, mais elles ont été diverses suivant l'âge et les dispositions individuelles; la peau dans le plus grand nombre des cas a été affectée; d'autres fois, ce sont les muqueuses gastro-intestinale ou respiratoire qui ont été le siége de maladies épidémiques.

La variole est l'affection qui a causé le plus de désastres; depuis long-temps on n'avait vu à Naples une

épidémie de variole aussi grave. M. Ronchi déplore à ce sujet les préjugés populaires qui, à Naples, s'opposent encore à la vaccination, et font que sur 15,000 naissances qui y ont lieu par année il reste environ 6,000 sujets non vaccinés.

La variole apparut à Naples au commencement du printemps. Le quartier de Chiaja, qui est exposé au midi, et dont la température est plus élevée que celle des autres parties de la ville, en présenta les premiers exemples, mais bientôt l'épidémie envahit toute la ville.

Cette maladie, que Frank considérait comme plus meurtrière que toutes les affections pestilentielles réunies, ne s'est pas toujours présentée sous une forme essentiellement maligne; ce sont le plus souvent les complications, surtout gastriques, qui en ont augmenté la gravité.

L'éruption a été en général confluente; la fièvre, pour l'ordinaire, a pris la forme gastrique continue; quelquefois elle était inflammatoire, rarement nerveuse ou putride. A son invasion, outre ses caractères propres, elle s'est présentée presque constamment avec des vomissemens, de l'insomnie, de la céphalalgie, du larmoiement, de la constipation, les urines étaient jaunâtres et troublées, et chez quelques enfans il y avait de l'éclampsie. Au moment de l'éruption, du prurit, de l'augmentation de chaleur et de la tension à la peau, ainsi qu'un embarras extrême de la respiration, s'ajoutaient à la fièvre et aux symptômes sus-indiqués. Quand l'éruption était discrète, et qu'il n'y avait pas de complication, une fois que la fièvre avait cédé, tous les autres accidens diminuaient d'intensité. A cette époque, souvent les symptômes catarrhaux se montraient plus manifestes, et les muqueuses nasale, buccale et respiratoire semblaient participer au travail morbide de l'enveloppe tégumentaire. Dans les cas où la maladie attaquait des individus mal disposés, on voyait quelquefois entre les vésicules des pétéchies et des sugillations; quelquefois il s'élevait des phlyctènes remplies d'un sang noir et les pustules elles-mêmes paraissaient tachetées de points livides ou sanguinolens, quelquefois enfin les vésicules s'affaissaient, restaient stationnaires, et le malade mourait avec tous les signes d'une fièvre putride. Souvent dans ces cas les déjections putrides étaient, dans la dernière période, mêlées de vers en nombre considérable.

Entre le septième et le huitième jour s'établissait la période de suppuration et se modifiait la fièvre. Dans les varioles confluentes, le visage et surtout les lèvres et les paupières se tuméfiaient, ainsi que les parties du corps où l'éruption était le plus abondante. La langue se séchait et se couvrait d'une couche noirâtre; la soif devenait intense, et la peau était le siége d'une sensation insupportable de brûlure. Dans les cas graves, des symptômes encéphaliques se montraient souvent à cette période, et en s'aggravant emportaient souvent le malade. Les urines étaient sédimenteuses, les selles souvent liquides, la langue et la bouche ulcérées; chez quelques sujets, le ptyalisme se manifestait; l'humeur contenue dans les vésicules blanchissait d'abord, puis se condensait, et leur centre ombiliqué se noircissait. Ceux qui étaient soumis à un traitement peu rationnel, ou qui avaient négligé les soins qui leur étaient recommandés, qui étaient préalablement mal disposés, ou chez lesquels le mal s'était montré avec plus d'intensité, succombaient alors avec complication de symptômes nerveux ou d'affections viscérales, de quelqu'une des cavités splanchniques. La terminaison fatale était souvent annoncée par la forme vésiculeuse des pustules ou par le cours anormal que suivait l'éruption dans sa marche.

La période de dessiccation s'établissait du onzième au douzième jour, et suivait le mode habituel à ces sortes de maladies. Si cependant la variole s'était montrée avec un caractère fâcheux, ce stade arrivait très-tardivement; les croûtes en se développant étaient livides, distillaient un ichor épais; il se formait une espèce de masque sale et de mauvaise odeur qui couvrait le visage, les lèvres, et se montrait presqu'en tous les points de la peau; en même temps les croûtes noircissaient, des convulsions se développaient, des symptômes dysentériques, du délire, du coma, ou des signes de suffocation se montraient, et le malade mourait. A cette époque encore s'établissaient des métastases vers les glandes sous-maxillaires, axillaires, inguinales ou parotides, et quelquefois des abcès vers d'autres parties du corps. Quelques individus déjà affectés de maladies chroniques ont éprouvé des exacerbations à la suite de l'invasion de la variole, et ont vu s'aggraver les symptômes existans de phthisie, etc. C'est cette circonstance, observée de tout temps, qui a fait dire à Morton: *Variolæ non solum morborum acutorum feritatem præ se ferunt, sed etiam chronicorum pertinaciam obtinent.*

L'extension du mal se faisait évidemment par contagion, et celle-ci était favorisée par la disposition spéciale de l'atmosphère. Les enfans furent principalement attaqués, mais les adultes ne furent pas épargnés. L'un et l'autre sexe furent à peu près également frappés, mais l'affection fut plus fatale chez les femmes. A Aversa, constamment sur 3 morts il y eut 2 femmes. Dans la même ville, un jeune homme, qui avait eu dans son enfance la petite vérole et qui en portait les cicatrices, en fut de nouveau atteint.

Dans la seule ville de Naples, le nombre des sujets affectés de variole s'éleva à plus de 7,000. Sur ce nombre 1450 étaient morts, d'après le relevé des rapports de l'institut central, relevé qui va jusqu'à la fin de septembre. La plus grande mortalité se montra dans les quartiers Mercato, Pendino et Porto, non-seulement parce qu'ils sont habités par le peuple, mais aussi parce que le nombres des enfans non vaccinés y est plus considérable. La proportion des morts semble être d'environ 1 sur 5 malades. A Aversa et à Afragola la mortalité s'est élevée à plus d'un tiers des variolés. Peu de malades ont perdu la vue, beaucoup sont restés défigurés par les cicatrices.

Les personnes vaccinées ont été constamment épar-

gnées. Toutes les fois qu'une personne affectée de variole disait avoir été vaccinée, on a toujours trouvé que le vaccin avait mal pris. Un grand nombre de sujets vaccinés furent attaqués, les uns de varicelle, les autres de pemphigus fébrile, ceux-ci de milliaire, ceux-là d'urticaire ou d'autres éruptions produites évidemment par l'influence atmosphérique, mais non point de variole réelle.

On a observé quelques cas de coïncidence de variole et de vaccine. On a vu à Naples, ainsi qu'à Aversa et Afragola, à mesure que l'éruption varioleuse se développait, la pustule du vaccin s'affaissait, s'efflorait, et disparaissait presque, tandis que la première suivait sa marche avec la même intensité, se montrait confluente et souvent même, suivant les complications, mortelle. Si la pustule du vaccin, au contraire, procédait régulièrement, la variole était notablement modifiée et devenait très-bénigne.

La méthode de traitement était fort simple. L'éruption qui était discrète et bénigne se guérissait par de simples précautions de régime et par l'éloignement des accidens qui pouvaient la compliquer. Chez les sujets jeunes et robustes chez lesquels la fièvre prenait le caractère inflammatoire, et chez lesquels la tête s'embarrassait, une saignée était utile dans les premieres jours. Excepté ces cas bien rares, celle-ci était plutôt nuisible, et l'on pouvait, dans cette épidémie, dire avec Ramazzini que *facilius evaserunt ii, quibus nec detractus fuerit sanguis, nec ullum administratum remedium toto curationis negotio naturæ commisso.* Les boissons acidules, la diète, quelques lavemens, l'air frais et renouvelé, étaient des moyens suffisans lorsqu'il n'y avait point de complications. Dans ce dernier cas le traitement consistait, si c'étaient des symptômes gastriques, dans l'emploi de quelques expectorans, les premiers jours, lesquels donnaient quelquefois une secousse salutaire et déterminaient l'éruption; les purgatifs étaient rarement utiles avant le stade de dessiccation; souvent leur usage intempestif arrêtait l'éruption et réveillait les symptômes nerveux ou gastriques. Le reste du traitement était subordonné aux circonstances particulières.

Dans les nombreuses observations recueillies par l'institut, M. Ronchi n'a pas trouvé un seul cas de variole après la vaccine. Il ne comprend pas, dit-il, le nom de varioloïde, et dans les milliers de cas qui se sont présentés à son examen et à celui de tous les médecins de l'institut, on n'a rencontré que la variole dans ses différentes, formes, ou la varicelle. Quant à la pustule *variolo-pemphygoïde*, qu'un médecin napolitain a décrite avec grand soin, il pense également que c'est une illusion. Dans cette saison, toutes les formes de maladies cutanées se sont manifestées; souvent des exanthèmes de diverse nature ont été rencontrés sur un même individu, et c'est à une telle complication que M. Ronchi attribue l'erreur où on est tombé.

Parmi les maladies éruptives, celle qui a simulé plus particulièrement la variole, est la varicelle, qui dans quelques cas s'est montrée non-seulement confluente, mais encore excessivement grave. La forme qu'elle affectait était la forme *globuleuse* de Bateman, ou celle de la variété que M. Alibert a nommée *varicelle pustuleuse globulaire*, à cause de sa ressemblance avec la variole. Quelquefois alors le diagnostic était très-difficile, mais cependant on pouvait toujours la distinguer de la variole par la forme des pustules, par l'absence de l'ombilic et des godets, par la quantité de l'humeur qui y était contenue, ainsi que par sa marche. Cependant il y a une période de la variole où elle ressemble beaucoup à la varicelle; cette période arrive vers le dixième jour de la maladie, alors que disparaissent l'aréole rouge et l'ombilic, que les pustules s'arrondissent, et en devenant blanches se remplissent d'un pus épais. A cette époque, il y a une telle ressemblance entre ces deux maladies, qu'il est essentiel de suivre leur marche pour les distinguer; il faut aussi surtout bien remarquer la période de l'éruption, et noter en outre que, quoique les pustules de la variole soient quelquefois ombiliquées, elles sont toujours uniloculaires.

(*Filiatre Sebezio di Napoli.* Novembre 1834).

II. — *Paraplégie rhumatique guérie par l'extrait alcoolique de noix vomique.* Observation du Dr Galli de Novara. — Le sujet de cette observation est un jeune homme robuste, âgé de 23 ans, qui entra à l'hôpital de Novara le 17 décembre 1833, et en sortit guéri le 25 mai 1834. Cet individu avait, un mois avant le développement de sa maladie, éprouvé des douleurs arthritiques, tant dans les membres inférieurs que dans les supérieurs, sans du reste que ces douleurs l'obligeassent à suspendre ses travaux; s'étant exposé à un vent violent, il sentit s'exaspérer ses douleurs rhumatiques, et de la fièvre vint s'y joindre. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital, et que visité par le docteur Galli, celui-ci le trouva affecté d'une fièvre continue remittente; le pouls était petit et vibrant; il y avait du frisson, une soif ardente, de la constipation et une toux légère, le rhumatisme s'était propagé à toute l'étendue des membres, surtout des inférieurs, qui était si douloureux au dos et à l'extrémité des doigts des pieds, que le poids de la plus légère couverture était insupportable; en outre, les mouvemens des membres supérieurs étaient difficiles; les membres inférieurs restaient dans l'immobilité la plus complète. Tous les phénomènes morbides devaient faire considérer la maladie comme une affection rhumatique générale et même aiguë, et ce n'était qu'à elle qu'on pouvait attribuer l'inaptitude des membres à exécuter leurs mouvemens. Le malade fut soumis au traitement antiphlogistique, que l'on n'employa pas du reste avec toute son énergie, parce que la réaction fébrile n'était pas considérable relativement à la gravité des symptômes, et que le pouls n'avait pas une grande dureté. On ne pratiqua donc que trois saignées générales, et une locale faite à l'anus par l'application de 20 sangsues. A l'intérieur outre les purgatifs de divers genres, on administra les préparations antimoniales et les décoctions sudorifiques et réfrigérantes; à l'extérieur on

pratiqua des frictions d'huile de jusquiame, unie à de l'acétate de morphine, et l'on appliqua un vésicatoire au sternum, parce que la toux était devenue plus fréquente et qu'il s'y joignait de la dyspnée. Tel fut jusqu'au 10 janvier le résumé du traitement auquel fut soumis le malade; à cette époque il n'avait plus du tout de fièvre; la rhumatalgie était presque totalement disparue, les bras avaient recouvré leur mobilité, mais au contraire l'immobilité la plus complète avait persisté dans les membres inférieurs; aussi le malade était-il contraint de rester dans la supination, et il lui était impossible de se courber sur le côté. Alors il n'y eut plus de doute que l'affection rhumatique, quoique domptée à son état aigu, n'en avait pas moins agi sur la moelle, de manière à produire une myélite chronique, qui comme résultat funeste produisait la paraplégie. Il fallut alors traiter cette affection consécutive. L'état du malade n'ayant jamais offert de signes de réaction, et la faiblesse étant extrême, on ne songea pas de nouveau à avoir recours à la méthode déplétive. M. Galli mit à contribution les remèdes les plus vantés contre la paralysie, et choisit entre ceux-ci la noix vomique; il en commença l'usage le 19 janvier sous la forme d'extrait alcoolique et à la dose d'un grain et demi divisé en 5 pilules, à prendre en 24 heures; la dose, augmentée progressivement s'éleva jusqu'à la quantité de 13 grains le 4 mars suivant; ce jour où fut prescrite la plus haute dose de ce médicament fut aussi le dernier jour où l'on en fit usage. Dans ce laps de temps, 45 jours, le malade prit 211 grains d'extrait alcoolique de noix vomique, et l'on peut dire que cette substance fut administrée sans interruption; cependant l'on excepte trois ou quatre jours, où il fallut employer les purgatifs pour combattre la constipation. M. Galli dit aussi que, pendant l'usage de ce médicament, aucun autre ne fut employé, afin que ses effets ne fussent pas confondus avec d'autres. L'administration non interrompue de la noix vomique, et à des doses graduellement augmentées produisait chez ce malade des convulsions tellement violentes, qu'il s'imaginait être jeté hors de son lit, et qu'il comparait son état au vol d'un oiseau; ces convulsions, qui duraient trois ou quatre heures chaque fois, ne se développaient que la nuit, bien que le médicament eût été pris durant le jour. Ensuite à mesure que les effets du médicament allèrent en se répétant, les membres inférieurs recouvrèrent la faculté du mouvement. M. Galli ne continua pas l'administration de la noix vomique après le 4 mars, parce que, quoiqu'alors ce jeune homme ne fût pas capable de se tenir sur ses pieds, il avait, lorsqu'il était courbé, recouvrte complétement la liberté des mouvemens des membres inférieurs. Il n'y avait plus alors un défaut d'innervation, mais bien une faiblesse musculaire provenant d'atonie générale et du manque d'exercice. Cette opinion du reste ne fut pas trompée, car par l'emploi d'un simple exercice gradué, le jeune malade recouvra sans le secours d'aucun médicament, à l'exception des frictions d'huile de jusquiame unie à l'acétate de morphine, faites à la plante des pieds, qui furent extrêmement douloureuses, la liberté et l'exercice de tous ses mouvemens, et put marcher sans aucun secours. Il faut noter enfin que, pendant la convalescence, une desquammation complète eut lieu aux membres inférieurs, principalement au dos et à la plante des pieds.

(*Annali universali di medicina;* Milano, ott. et nov. 1834).

III. — *Usage du charbon animal dans les scrofules*, par le Dr Speranza. — M. Speranza, après avoir rapporté les différentes opinions émises sur la valeur de l'iode dans les scrofules, après avoir cité tous les auteurs qui reprochent à ce médicament de déterminer souvent des irritations funestes, et s'être rangé lui-même parmi ceux qui considèrent l'iode comme un médicament aussi dangereux peut-être qu'utile, a cherché à reconnaître si le charbon animal ne pourrait pas être employé comme succédané de l'iode, dont il n'a pas les inconvéniens.

L'usage du charbon animal appartient à la thérapeutique moderne. Weise fut le premier qui, en 1829, en fit l'essai sur l'homme sain et sur l'homme malade. Dans le premier cas, le charbon animal produisit du prurit à la peau et une transpiration plus ou moins abondante; il semblait exciter dans les glandes un sentiment douloureux et allait même jusqu'à déterminer de la tuméfaction. Dans le second cas, outre le développement de sueur à la peau, l'action du nouveau remède sur le système glandulo-lymphatique se montrait plus manifeste, chaque fois que ce système présentait un état morbide, surtout scrofuleux. Weise en tira alors un utile parti dans ces affections. A l'imitation de Weise, Kunh recueillit quelques observations qui inspirèrent plus de confiance pour le charbon animal. Il résulte de ces expériences que les effets de cet agent sont prompts, énergiques, sûrs, pareils à ceux produits par l'iode; qu'en outre, l'organisme peut en supporter long-temps l'administration sans éprouver les altérations qui succèdent trop fréquemment à l'usage des préparations de mercure et d'iode. Aussi le même écrivain prétend-il que l'action anti-scrofuleuse de l'éponge calcinée doit s'attribuer au carbone et non à la présence à peine appréciable de l'iode. En effet, l'éponge brûlée, comme l'observent les chimistes modernes, est presque entièrement formée de charbon animal, surtout lorsqu'on a eu la précaution de la bien nettoyer auparavant. Les guérisons de tumeurs glandulaires et d'indurations lymphatiques, que Wagner et Gampert ont obtenues de ce médicament viennent confirmer sa vertu résolutive dans ces affections, contre lesquelles les mêmes observateurs le préfèrent à l'hydro-chlorate de baryte et à l'iode. L'action du charbon animal est d'ailleurs plus étendue, puisqu'en déterminant de la transpiration à la peau, ce médicament manifeste une action énergique sur le système circulatoire, et peut ainsi s'opposer encore à l'affection strumeuse, car on sait que la prédominance du système lymphatique diminue à mesure que s'élève celle du système sanguin et de l'exhalation cutanée.

Malgré ces intéressantes observations, qui font foi

de l'utilité du charbon animal, les praticiens italiens, à l'exception de Giadaron, qui en tira un parti utile contre quelques tumeurs des glandes, n'ont pas fait d'expériences à ce sujet. M. Spéranza à fait usage du charbon animal chez cinq enfans de six a dix ans; tous les caractères qu'il donne de l'état de ces enfans, sont bien ceux qui dénotent l'existence des scrofules. Voici le traitement qu'il leur faisait suivre : administration préalable de quelque léger purgatif, plus ou moins souvent répété, afin d'apaiser l'irritation gastrique; une fois l'embarras gastrique dissipé, et les acides détruits au moyen des absorbans convenables, il avait recours au charbon animal à la dose d'un à trois grains par jour, et répétés matin et soir : là où les tumeurs au col étaient plus manifestes, M. Spéranza joignait aux préparations données à l'intérieur l'usage externe du charbon animal, en le dissolvant dans une quantité suffisante d'huile d'olive, ou en faisant un liniment au moyen d'un onguent résolutif. Ce traitement, tant interne qu'externe, ayant été continué durant quelques mois, M. Spéranza vit disparaître les tumeurs du col, la toux diminuer, la respiration devenir plus libre, le ventre se réduire à un moindre volume et en même temps être moins tendu; les fonctions digestives étaient plus actives, et à l'aspect cachectique propre à la diathèse scrofuleuse, succédait un aspect plus satisfaisant. Ce traitement continué encore pendant cinq mois, en augmentant peu à peu les doses, produisit les résultats les plus satisfaisans. En effet, chez tous ces individus, la tuméfaction des glandes au col disparut, la toux se dissipa, la respiration revint à l'état normal, le système sanguin s'activa, la peau acquit une couleur plus vive, et son état de sécheresse fit place à une douce transpiration.

Il est à noter du reste que, dans ce traitement, M. Spéranza observa toujours avec soin toutes les précautions hygiéniques, sont d'une si grande importance dans les scrofules; aussi reconnait-il lui-même qu'on pourra refuser à l'activité du charbon animal l'amélioration obtenue, mais cependant il pense que ces résultats sont assez satisfaisans pour engager les praticiens à expérimenter ce médicament qu'il croit être utile, et qu'il n'a jamais vu amener d'effets fâcheux.

(*Antologia médica di Brera;* Venezia, septembre 1834.)

IV. — *Pustules aux pieds à la suite de l'emploi du tartre-stibié;* observation du docteur Podrecca. — Mᵉ Elisabeth Dianin, de Padoue, âgée de 60 ans environ, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait joui d'une assez bonne santé jusqu'en 1830, où elle fut affectée d'une pneumonie très-grave. Cette maladie ayant été guérie, il lui resta cependant une toux très-tenace, qui ne la quittait jamais complètement, et la tourmentait principalement le matin. M. Podrecca, dont elle réclama les soins en décembre 1833, trouva une vive irritation pulmonaire, contre laquelle il mit en usage un traitement antiphlogistique actif. Après avoir employé, pour modifier ou détruire, s'il était possible, cette toux si fatigante, les évacuations de sang générales et locales, les potions contre-stimulantes, purgatives et mucilagineuses suivant les circonstances, il passa à l'usage des frictions avec la pommade stibiée d'Autenrieth pratiquée sur la poitrine, et prescrivit en même temps une décoction de lichen unie au lait, à prendre tous les matins. A sa grande surprise, quoiqu'il eût déjà employé plusieurs gros de tartre stibié, aucune éruption n'apparut au lieu où étaient pratiquées les frictions.

Cependant l'état de la malade s'améliorait; Elisabeth ayant continué le traitement pendant quelque temps se trouva très-bien, et M. Podrecca cessa de la voir. Au bout d'une vingtaine de jours elle le fit appeler de nouveau, pour lui montrer une éruption pustuleuse qui depuis trois jours s'était développée sur les pieds. Toute leur surface, jusqu'au tiers inférieur de la jambe, était couverte d'une éruption confluente de pustules semblables à celles de la variole ou mieux aux pustules causées par l'application endermique du tartre stibié. Ces pustules diminuèrent peu à peu et disparurent, puis il en revint de nouvelles qui disparurent également.

Le Docteur Podrecca s'assura alors que la pommade n'avait pas été mise en contact avec les pieds, soit volontairement, soit involontairement, et que les frictions avaient été faites, comme elles avaient été ordonnées.

(*Antologia medica di Brera.* Venezia, giugno, 1834.)

V. — *Pustules développées à l'anus, à la suite de frictions de tartre stibié sur la région de l'épine;* observation du professeur Poletti. — Une jeune dame, Marianna M..., était affectée d'une semi-paralysie du mouvement aux membres inférieurs, et d'un état permanent de flexion du bras droit. Une douleur vers l'épine et d'autres symptômes joints à cette douleur semblaient dénoter une inflammation lente de la moelle. Après avoir essayé plusieurs agens thérapeutiques, le docteur Poletti eut recours à des frictions avec le tartre stibié; il fit faire des frictions sur les vertèbres dorsales et sur les premières lombaires; mais, quoique réitérées, elles ne produisirent pas l'éruption qu'il en attendait. La malade, à cette époque, accusa bien quelque chaleur et quelques douleurs à l'anus; mais les frictions ayant été suspendues par une de ces circonstances qui entravent quelquefois un traitement, les symptômes d'irritation vers l'anus cessèrent, et M. Poletti ignora que là où il y avait eu chaleur et prurit, il s'était aussi développé de petites pustules acuminées. Quelque temps après on revint à l'usage des frictions, et, comme dans le premier cas, les symptômes vers l'anus ne tardèrent pas à se montrer, et comme par suite d'une constipation opiniâtre, il fallut recourir à quelques lavemens, que l'administration de ces lavemens était assez difficile, qu'elle causa une grande douleur à la malade, M. Poletti examina cette partie avec une plus grande attention et ne fut pas peu surpris d'observer des pustules turgescentes et douloureuses, comme celles qui, d'ordinaire, succèdent aux frictions stibiées et qu'on avait en vain cherchées à l'épine. Ici on ne pouvait pas, par suite de l'état du bras droit de la malade et de l'o-

bligation où elle était de rester couchée sur le côté gauche, soupçonner l'application d'une portion de la pommade à l'anus.

Cette observation, dit M. Poletti, doit engager les praticiens à n'employer qu'avec précaution la pommade d'Autenrieth chez les sujets affectés d'hémorrhoïdes, chez ceux qui supportent mal l'usage des lavemens, ou chez lesquels existent de gastro-entérites, soit chroniques, soit aiguës.

(*Antologia medica di Brera;* Venezia, settembre 1834.)

VI. — *Vaste empyème du côté gauche du thorax, simulant un abcès splénique.* — Nicolas Constanza, paysan, âgé de 40 ans, n'ayant jamais eu d'affection syphilitique mais ayant été une fois malade de la gale, fut à l'âge de vingt ans attaqué d'une fièvre intermittente à type tierce; cette fièvre, une fois guérie, laissa après elle un engorgement assez profond de la rate, accompagné de douleur à la région splénique : la douleur était aggravée par la pression de la main. De temps en temps, il a été affecté de différentes fièvres, mais elles ne présentaient pas le caractère du périodicité. Quinze mois avant sa mort il commença à éprouver une douleur aiguë et lancinante à la région lombaire des deux côtés; désormais aucun traitement, quel qu'il fût, ne put la faire cesser, et elle le tourmenta jusqu'à la mort. Au commencement d'avril 1834, cette douleur à la région splénique augmenta et il s'y joignit du gonflement et une anxiété insupportable. La fièvre se réveilla, les symptômes de la suppuration se manifestèrent, et il fut admis à l'hôpital des Incurables, le 14 avril 1834. Le chirurgien aux soins duquel il fut confié chercha à accélérer le travail de la suppuration par l'application des cataplasmes émolliens, et au bout de 18 jours il ouvrit l'abcès; l'ouverture donna issue à une grande quantité de pus fétide, sanieux, de couleur de lie de vin. A peine l'ouverture artificielle eut-elle été pratiquée qu'à la surprise des assistans le malade perdit tout-à-coup la voix, sans qu'on pût alors en expliquer la cause. Deux jours à peine étaient écoulés que la fièvre augmenta, s'accompagnant de chaleur brûlante de la surface du corps; l'abdomen se tuméfia et devint douloureux à un degré intolérable, principalement vers la région iliaque droite; les urines devinrent brûlantes, la respiration anxieuse, la langue rouge et aride, la bouche sèche, la soif ardente, enfin tous les signes manifestes d'une entérite et d'une péritonite qui amenèrent la mort. A l'autopsie on trouva la rate complètement dans son état naturel, mais placé un peu plus bas que dans l'état normal; la cavité, qui avait été ouverte communiquait par une perforation du diaphragme avec le côté gauche de la poitrine, où existait un vaste empyème; on y voyait encore des restes de la matière purulente qui avait en grande partie été évacuée par la plaie. Le poumon extrêmement flétri était adhérent à la surface gauche du médiastin postérieur. Dans le pus flottaient des caillots de sang présentant les caractères propres aux concrétions des tumeurs anévrysmatiques. La plèvre costale, d'une épaisseur de plus de trois lignes, était dure et noircie; la plèvre pulmonaire moins épaisse, était également noire; la diaphragmatique plus épaisse que toutes les autres et avait la même couleur; le diaphragme participait à son altération; le poumon droit, le cœur et les vaisseaux étaient dans l'état naturel, le foie sain, les intestins rougis, principalement vers l'iléon, où le malade accusait une douleur plus forte dans les derniers momens de sa vie. Le reste des viscères était dans l'état normal.

Ce cas est curieux en ce que l'abcès formé dans le côté gauche de la poitrine ne fit éprouver de douleur et ne causa de tumeur que dans la région hypocondriaque, et en même temps par la non-existence de l'épanchement dans la cavité abdominale après la perforation du diaphragme. On concevra, aisément ces circonstances, dit l'auteur, si l'on observe que le pus, pesant sur le diaphragme, l'avait abaissé, de sorte que la fluctuation se sentait facilement à la région hypochondriaque, et qu'en même temps la douleur était ressentie en ce point par suite de la distension des nerfs du diaphragme. Quant à l'obstacle qui s'opposa à l'épanchement dans la cavité de l'abdomen, il était constitué par l'adhérence qui s'était établie entre la membrane péritonéale contiguë aux muscles abdominaux de la région splénique et le péritoine sous-jacent au diaphragme.

(*Filiatre-Sebeziodi Napoli;* Luglio, 1834).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

(Bulletin rédigé par M. Chassaignac, secrétaire. Nouvelle série, N. 7. — Décembre 1834.)

Gangrène sénile : artérite. — Cancer de l'estomac sans tumeur ni vomissement. — Matière tuberculeuse dans les trompes utérines. — Cancer de l'estomac et des os. — Atrophie du cerveau : épilepsie et hémiplégie.

— *Gangrène sénile.* — M. Rebert a observé sur une femme de 65 ans une gangrène sénile de la main qui paraît devoir être attribuée à l'oblitération inflammatoire de l'artère sous-clavière. La malade avait éprouvé dans le bras droit des fourmillemens, puis des douleurs plus vives, plus prononcées à l'extrémité des doigts que partout ailleurs; un peu d'œdème survint à la main; le trajet de l'artère brachiale était marqué par une corde dure et résistante... ; la saignée fut impuissante pour arrêter les progrès du mal. A l'ouverture du corps, on trouva la sous-clavière droite oblitérée par un caillot qui contenait du pus à son centre et qui adhérait aux parois rouges et injectées de l'artère. Les veines du membre étaient saines et contenaient un sang noir et fluide. — Par contre, M. Rufz a vu récemment dans le service de M. Velpeau une gangrène des doigts qui ne laissa à sa suite aucune trace d'inflammation ni d'oblitération artérielle : la cubitale seule contenait un petit caillot.

— *Cancer de l'estomac sans tumeur ni vomissement.* — A l'ouverture du corps d'un sujet âgé de 50 et quelques années, et chez lequel on n'avait observé pendant la vie, ni tumeur épigastrique, ni aigreur, ni rapport, ni vomissemens, mais seulement un refus complet d'alimentation qui n'avait guère commencé qu'un mois avant la mort...., M. Ribes a trouvé une induration squirrheuse considérable de la petite courbure de l'estomac, avec rétrécissement très-prononcé des deux orifices, tous deux envahis par l'induration : l'œsophage n'était point dilaté.

— *Matière tuberculeuse dans les trompes utérines.* — Une femme atteinte de suppression de règles et que l'on croyait enceinte, succomba au bout de quelques mois, après avoir éprouvé des douleurs lombaires et rendu par le vagin une matière blanche et comme purulente. L'autopsie fit reconnaître que cette matière provenait de la trompe utérine dilatée et remplie de matière tuberculeuse ramollie. Les poumons étaient d'ailleurs criblés de cavernes et contenaient en outre des masses tuberculeuses jaunes.

— *Cancer de l'estomac, avec altération des os.* — Observation recueillie par M. Marotte, interne à l'Hôtel-Dieu. — Une femme âgée de 66 ans, maigre, triste, à peau terreuse, ayant des digestions pénibles, des douleurs abdominales et de la diarrhée, se plaignit d'avoir ressenti un léger craquement dans le bras en faisant un mouvement ; ce ne fut cependant qu'au bout d'une dizaine de jours que la douleur et la difficulté des mouvemens fixèrent assez l'attention pour qu'on reconnût, à la mobilité et à la crépitation, qu'il existait une fracture de l'humérus sans déplacement... ; la mort survint au bout d'environ trois semaines. A l'ouverture du corps, on put constater la fracture de l'os du bras, laquelle n'avait encore provoqué aucun indice de travail réparateur : le système médullaire était le siége de la maladie qui avait favorisé la rupture de l'humérus. Il était rempli de matière encéphaloïde qui, au niveau de la fracture, était plus ramollie qu'ailleurs. Un petit foyer circonscrit de la même matière existait à l'union de la première et de la deuxième pièces du sternum. — Il existait, en outre, des traces de péritonite ; l'estomac, rappetissé et caché sous le foie, offrait une eschare gangréneuse perforée ; ses parois, épaissies et endurcies, offraient un mélange de tissu squirrheux et de masses encéphaloïdes.

— *Épilepsie : hémiplégie gauche. Atrophie de tout l'hémisphère droit du cerveau.* — Le sujet de cette observation (recueillie par M. Saint-Yves, interne à la Salpêtrière) était une fille de 30 ans, chez laquelle les convulsions épileptiques étaient survenues peu de temps après la naissance, et s'étaient accompagnées d'hémiplégie gauche incomplète, vers l'âge de 3 ou 4 ans. Il paraissait naturel de rapporter l'origine de la maladie de l'enfant à une frayeur vive éprouvée par la mère, trois mois avant l'accouchement, et suivie de douleurs abdominales assez vives. L'intelligence de la malade était assez développée ; quoique marchant assez difficilement, elle pouvait subvenir à tous ses besoins : ce ne fut que dans les dernières années de la vie que les accès épileptiques se multipliant et laissant chaque fois plus d'altération dans le moral, la malade finit par tomber dans un état de démence interrompu par fois par des accès de fureur ou de gaîté auxquels succédait un collapsus profond. — Le scorbut termina la carrière de cette malheureuse qui avait cessé à cette époque d'offrir des accès d'épilepsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien gorgé de sérosité, plus abondante du côté droit ; l'hémisphère cérébral de ce côté réduit et atrophié, le ventricule correspondant rempli de sérosité, le lobe antérieur induré, le corps strié et la couche optique presque effacés par la dilatation du ventricule. Le lobe gauche du cervelet était atrophié et endurci comme le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. On ne put découvrir de traces d'apoplexie proprement dite, si ce n'est qu'à la surface de l'hémisphère atrophié, on voyait vers la partie moyenne une teinte brunâtre avec affaissement et ramollissement des circonvolutions. — La moelle épinière fut trouvée intacte. Il y avait des ecchymoses dans toute l'étendue du canal digestif.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

FÉVRIER 1835.

N° 6. — 7 FÉVRIER.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE; par le docteur SEGOND, D.-M. P., chargé en chef du service de santé à Cayenne (Guyane française).

Soixante-quatorze cas d'inflammation du colon se sont présentés dans le cours du premier semestre 1834, à l'hôpital de Cayenne, proportion qui excède d'un tiers environ celle qui se rattache à la fréquence de cette maladie, même pendant la saison où l'endémie du pays se fait le plus fortement sentir. Mais si le nombre des malades s'est montré si élevé, la mortalité a peu dépassé le rapport proportionnel déjà observé. De ces soixante-quatorze cas de colite, quinze figurent sous le nom de diarrhée, bien qu'il soit à présumer que, sans l'activité du traitement, la plupart se fussent transformés en dysenterie; car, s'il n'existe pas un mur d'airain entre la bronchite et la pneumonie, la nuance est encore moins tranchée entre la colite diarrhéique et celle appelée dysenterie.

Je ne dirai qu'un mot sur l'étiologie. Il est certain que la colite serait de beaucoup moins fréquente parmi les troupes coloniales, si celles-ci n'étaient soumises à un régime qui se compose, en grande partie, de viandes salées; et si, parlant un peu moins d'hygiène pour y sacrifier davantage, on avisait aux moyens de faire laver les soldats, soit à la mer, avec les précautions voulues, soit dans une eau tiédie au soleil, ou enfin, ce qui serait beaucoup mieux encore, dans un bain à 26° de température.

Dans le nombre des dysenteries observées, plusieurs ont revêtu la forme bilieuse, s'accompagnant d'un appareil fébrile bien plus prononcé que dans la colite mucoso-sanguinolente, et réalisant ainsi cette nuance, que les auteurs ont appelée *dysenterie compliquée de fièvre bilieuse*. Le commencement et la fin de l'hyvernage ont été les époques marquantes pour cette espèce de colite, et cela sans doute parce que la constitution atmosphérique participait alors de causes dont les unes agissent fortement sur l'appareil gastro-hépatique, dont les autres se font sentir sur le colon.

La dysenterie bilieuse, avant toute autre forme de cette maladie, est celle qui, ce me semble, a le plus contribué à établir la division qui existe encore aujourd'hui entre les auteurs et entre les praticiens. De tout temps, les phénomènes morbides produits par la bile ont éveillé l'attention des médecins, comme plus que tous les autres, peut-être, ils ont frappé l'imagination du vulgaire. De là est résulté l'usage des moyens propres à modifier cette sécrétion, comme indication absolue. Le mal qui en est résulté exaltant l'opinion des médecins contraires à cette pratique, a porté ceux-ci au-delà des bornes, et s'il y a erreur à ne s'occuper que du fluide hépatique, il y a exclusisme à ne vouloir en tenir aucun compte.

Il me serait peut-être facile de prouver qu'après Boerhaave, Zimmerman, Stoll, les médecins qui ont le plus vanté les moyens évacuans dans le traitement de la dysenterie, avaient observé dans les pays chauds, là où la fonction du foie prédomine au point d'y rendre presque général le tempérament bilieux. Sous des cieux brûlans, la prédisposition morbide gastro-hépatique est tellement prononcée, que toute affection abdominale en reçoit une influence marquée, si ce n'est même la forme et le cachet le plus saillant. Cette vérité reconnue, il faut admettre que, sous les tropiques, l'inflammation du colon est fréquemment compliquée, si ce n'est d'hépatite, du moins d'un état d'orgasme du foie, presque toujours accompagné d'un appareil fébrile. Cette abondance du fluide biliaire dans les pays chauds, et l'influence si marquée du foie sur l'ensemble des fonctions abdominales, m'avaient déjà frappé avant mon voyage à Démérary. Lorsque j'arrivai dans cette colonie anglo-guianaise, j'inclinais donc, sinon vers l'humorisme, du moins vers l'opinion que l'exaltation fonctionnelle peut de beaucoup surpasser l'altération morbide des tissus; car, pour ce qui nous occupe, j'admets plutôt l'orgasme du foie que sa phlegmasie proprement dite : celle-ci est assez rare. Le fluide stimulant sécrété par l'énorme glande abdominale, ne peut,

selon moi, se trouver en excès dans les premières voies sans ajouter sensiblement à l'irritation de la muqueuse digestive, ce qui mène à l'indication assez rationnelle d'en régulariser la sécrétion. J'ai trouvé nos confrères de Démérary si préoccupés de satisfaire à cette indication, qu'il y a identité parfaite dans leur pratique touchant la dysenterie. Tous commencent par administrer l'ipéca à dose vomitive; et, par ce moyen, aidé de l'huile de castor (ricin) et de bains chauds, ils m'ont assuré qu'ils enrayaient une maladie qu'ils regardent comme une *obstruction du foie* : c'est leur expression. Dans les cas où ils jugent le foie très-engorgé, et où ils ne méconnaissent pas que la muqueuse gastro-intestinale est *quelque peu irritée par une bile corrosive*, ils usent largement de la saignée. Ces moyens, mis en usage sans changement favorable dans les *opérations* (les selles), qui restent bilieuses ou mucoso-sanguinolentes, ils administrent (en 4 ou 5 fois dans les 24 heures), un mélange de 8 g. d'ipéca, 2 de calomel, et 1/4 de grain d'opium. Par cette médication, *une fois sur* 4 (ce sont eux qui parlent), et cela après 3 ou 4 jours, les *opérations* reviennent à leur état normal. Le ptyalisme s'en suit presque toujours; quand il tire à sa fin, ils terminent la cure par un tonique doux.

Ce traitement, dont le résultat en chiffre figurera dans une note que je transcrirai aussitôt la traduction faite de mes documens, n'est-il pas de nature à nous faire frissonner, nous, adeptes de la médecine physiologique, car la teinte d'éclectisme que, pour mon compte, je laisse ici percer, ne m'éloigne pas de l'autre bannière. La saignée générale, pour une phlegmasie siégeant dans le gros intestin et menant si promptement à une grande faiblesse, peut-elle, dans la plupart des cas, remplacer ces ceintures et paquets de sangsues, sans le secours desquels on n'oserait pas, en France, accepter la responsabilité d'un dysentérique? Cependant, cette médication, que j'appelerai volontiers empirique, les médecins anglais la trouvent on ne peut plus rationnelle; seulement ils ont une manière de raisonner qui n'est pas la nôtre, et voilà tout. Quant à eux, ils sont conséquens avec leurs principes (je ne parle que des médecins de Démérary); ils combattent, non une inflammation proprement dite de l'intestin colon, mais l'obstruction du foie liée à un engorgement *semi-phlegmasique* (je ne rends que leur idée) de la muqueuse du gros intestin. Comptent-ils plus de succès que nous? Tout est là. L'empirisme, chose si désespérante pour les esprits dogmatiques, est cependant le fait le plus capital de la thérapeutique; retranchez les grands moyens de succès qui s'y rattachent, bornez-vous à la médecine spéculative, et montrez-nous ensuite vos tables nécrologiques..... Cet aveu, si humiliant pour une science dont les bases semblent à jamais établies sur l'anatomie pathologique et une saine physiologie, il faut le faire de temps en temps, car, renoncer à toute découverte non amenée par les formules théoriques, c'est vouloir que la terre ne produise que sous la main du laboureur, tandis que, généreuse au delà de nos efforts, la nature nous prodigue d'elle-même d'immenses richesses. Je croirais avoir beaucoup fait pour le traitement de la dysenterie, si, m'aidant dans l'expérience que j'acquiers sous une zone propice, de cet éclectisme qui n'est autre chose qu'une méthode d'observation raisonnée, je parvenais à déterminer les cas où il convient d'user de la saignée, des agens propres à ouvrir les premières voies, et de ceux qu'on désigne collectivement sous le nom d'astringens.

La dysenterie étant une maladie éminemment inflammatoire de sa nature, il semble, au premier abord, que la saignée générale soit des mieux indiquées; plus haut, nous avons vu que les Anglais y avaient fréquemment recours. La plupart des auteurs, en conseillant l'ouverture de la veine, se mettent peu en peine de déterminer le cas où elle est spécialement indiquée, et moins encore ceux où il peut y avoir un véritable danger dans son emploi. L'expérience qu'on ne tarde pas à acquérir sur cette maladie, quand on fait un séjour quelque peu prolongé dans les régions équatoriales, apprend à considérer l'indication de la saignée comme difficile à saisir, en même temps qu'elle démontre que la soustraction du sang par la veine peut avoir les résultats les plus fâcheux. Tel praticien qui n'administrerait qu'en tremblant un médicament astringent dans la dysenterie ou la diarrhée chronique, n'hésite nullement à débiliter le sujet par la saignée générale au début de la maladie, pourvu que celle-ci présente une certaine intensité; cependant, il peut y avoir plus de danger dans l'emploi intempestif de la phlébotomie à l'invasion, que des astringens dans la période de décours. Je commencerai par déterminer, autant qu'il est en moi, les circonstances où la saignée peut être favorable, reconnaissant que celles où elle est indispensable sont on ne peut plus rares.

En Europe, c'est-à-dire sous une influence où l'économie offre aux causes de destruction une disposition moins grande que sous le ciel tropical; la saignée du bras convient, s'il s'agit d'un individu dans la force de l'âge, d'un tempérament sanguin, doué d'une robuste constitution et devant sa maladie à des circonstances qui lui sont personnelles. Hors de là, c'est-à-dire dans le premier et le dernier âge de la vie, quand il s'agit d'une constitution médiocre et que le mal remonte à une cause endémique ou épidémique, la saignée sera généralement d'un mauvais résultat. Dans les régions tempérées, quand la colite est sporadique, cette maladie s'organise lentement, l'inflammation ne réagit que progressivement sur l'ensemble de l'organisme; le système nerveux, doué d'une force d'inertie opposée aux mouvemens sympathiques, ne saurait être tout-à-coup ébranlé et devenir prédominant par l'affaiblissement du système sanguin. La saignée alors, en modérant l'état phlogistique général, tempère toute l'économie, et agit révulsivement en faveur du colon enflammé. Sous la zone tempérée, la forme adynamique, pernicieuse ou typhoïde ne s'observe que sous l'influence de causes générales, en dehors desquelles l'économie résiste long-temps aux déperditions que lui impose l'état morbide. C'est pour ces raisons, que la

saignée, dans ses effets secondaires, n'a pas fixé sérieusement l'attention des praticiens. Cette affection se présente sous tant de nuances, abstraction faite du génie inflammatoire qui la caractérise, que, pour en tenir un compte heureux en thérapeutique, il faut aux praticiens d'Europe, et je comprends ceux qui dirigent de grands hôpitaux, beaucoup d'années pour apprendre à manier avec connaissance de cause, les nombreux agens employés au traitement de cette maladie.

Je n'avais pas lu l'excellent traité de *médecine navale* de M. Forget, couronné par l'Institut, et n'avais par conséquent pas connaissance de la judicieuse remarque faite par M. Lefèvre, à Navarin : *La saignée générale est contre-indiquée sous les conditions du typhus* », que j'avais déjà compris et plusieurs fois exprimé à ma clinique, que cette opération doit être rejetée sous une influence endémique intense, et dans les cas de ces grandes calamités qui suivent les armées ou pèsent parfois sur les populations en état de siége. Ainsi donc, en Europe même, la dysenterie épidémique repousse l'emploi de la saignée, attendu qu'en pareilles circonstances l'économie est déjà trop débilitée et le moral trop affaibli pour que la soustraction subite du sang, dans un point éloigné de l'organe malade, puisse être favorable. J'ai fixé les cas où cette opération pouvait être de quelques secours, et, comme le docteur Forget, je ne lui reconnais pas l'avantage de dispenser des sangsues.

Si, d'après mon opinion, l'indication de la saignée ne s'offre que rarement en Europe, on conçoit combien peu elle doit être fréquente sur le littoral des régions équinoxiales, c'est-à-dire dans des conditions de pertes considérables des divers matériaux de l'économie et d'exaltation extrême de l'appareil sensitif. Moins prévenu que j'étais, à mon arrivée dans les colonies, de cette circonstance qui doit dominer ici la pensée du thérapeutiste, j'ouvrais, à l'imitation de ceux qui m'avaient précédé, assez fréquemment la veine. Les insuccès qui s'ensuivaient, je n'avais garde de les rapporter à cette pratique, et l'endémie du lieu m'avait bientôt, comme mes confrères, consolé de ces revers. Cependant, m'étant livré à l'étude de la topographie médicale du pays, je ne tardai pas à comprendre et à sentir par moi-même combien l'économie se débilitait dans une atmosphère qui comporte le maximum d'humidité et un degré fort élevé de température. A côté de cette influence dominante, inévitable, figuraient, pour en augmenter l'action, une alimentation peu substantielle et peu variée, en un mot, autant de causes débilitantes pour le physique qu'il en existe pour le moral. Il est peu de constitutions assez robustes pour conserver long-temps, sous la zone torride, les attributs de vigueur qui les fasse résister à la débilitation résultant de la saignée générale faite avec abondance et réitérée. Le fait est patent pour celui qui a observé un grand nombre de fois la dépression prolongée que cause cette opération même aux sujets sains et vigoureux qui y ont recours par précaution, parce qu'ils en ont contracté l'habitude en Europe. J'en ai vu qui se plaignaient, huit et quinze jours après, d'avoir perdu une partie considérable de leurs forces; autant ils m'avaient tourmenté pour que je leur ouvrisse la veine, autant ils me suppliaient de n'y plus revenir ; quelle que fût l'intensité de leur maladie à venir. J'ai pu juger par moi même, m'étant, pendant des accès d'hémoptysie, ou pour les prévenir, fait saigner plusieurs fois, de toute la faiblesse qui suit la soustraction du sang par la veine. Cette sensation, qui, pour moi, se prolongeait d'une manière si pénible, je ne l'ai point attribuée à un manque de vigueur, car, sans être chargé d'embonpoint, ma constitution est assez énergique, et, je crois, exempte d'affection pectorale organique. J'ai ailleurs expliqué les causes qui disposent ici à l'hémorrhagie pulmonaire.

Après le scorbut et la fièvre typhoïde, la dysenterie étant peut-être la maladie qui mine le plus profondément les forces, la saignée du bras ne saurait, dans le traitement de cette maladie, être considérée comme un puissant moyen, et pouvant convenir dans la majorité des cas. D'ailleurs, est-il bien physiologique de penser que l'écoulement du sang par la veine puisse exercer une action thérapeutique directe et puissante sur la muqueuse du colon (1) ? Mais bien que je repousse la saignée générale dans les fièvres entéro-mésentériques et dans la très-grande majorité des cas de dysenterie, je n'hésite nullement à diminuer considérablement et tout à coup la masse sanguine dans les maladies dont le désordre, sinon organique, du moins fonctionnel, est instantané. Exemple, les fièvres pernicieuses, que, pour les désigner par un de leurs attributs essentiels, j'appellerais volontiers *fièvres congestives*

Je ne m'étendrai point ici sur l'application si rationnelle des sangsues appliquées en grande quantité, dès le début de la dysenterie, sur tout le trajet du colon et en égale proportion à l'anus ; puis sur ce même point, d'une manière en quelque sorte continue, au nombre de deux ou quatre. Ces animaux m'ont procuré tout le succès signalé par les auteurs. Il n'est pas, je crois, de condition soit épidémique ou endémique, soit individuelle ou collective qui contre indique absolument l'emploi de ce moyen par excellence. Le typhus seul, compliquant l'inflammation du colon, peut, selon l'observation de M. Lefèvre, mettre en défaut cette pratique ; encore ici peut-on en tirer parti selon les circonstances. Mais alors peut-être la méthode évacuante peut-elle être suivie de plus de succès.

De tous les agens thérapeutiques dirigés contre la dysenterie, les émétiques et purgatifs sont, sans aucun doute, ceux dont l'usage exige le plus de sagacité, et

---

(1) S'il convient de saigner, c'est seulement quand la fièvre paraît trop forte pour céder aux sangsues et quand il y a menace de congestion ; surtout si la participation du foie à l'état morbide qui nous occupe, paraît vouloir aller jusqu'à un état phlegmasique.

dont l'administration intempestive est la plus dangereuse. Ces difficultés, autant que les argumens trop absolus de la doctrine physiologique, ont été cause de l'oubli dans lequel ces médicamens sont tombés relativement à l'inflammation du colon; considérant la dysenterie comme une affection toujours identique, préoccupés du caractère essentiel de cette maladie, *l'imflammation*, on a cru pouvoir négliger les nuances variées qu'elle présente.

De même que les différentes causes de gastrites n'engendrent pas toutes la même nuance de cette affection, de même aussi les circonstances multipliées qui peuvent enflammer le colon, produisent des nuances distinctes de phlogose sur cet organe. Ainsi, la chaleur humide, déterminant à elle seule la phlegmasie du gros intestin, placera celui-ci dans une condition morbide qui, sur le même individu, différera de celle qui serait le résultat d'un autre concours de circonstances. Si, par exemple, nous invoquons l'influence du froid humide; si à cette cause, comme à toute autre, nous joignons l'électricité atmosphérique, l'abus des agens excitans ou débilitans physiques ou moraux, l'infection miasmatique, etc., nous aurons des colites de différentes nuances, ou du moins s'accompagnant d'indications spéciales, parmi lesquelles pourra figurer celle des émétiques et des purgatifs (1). Ne pas prendre en considération les causes produisant une même maladie, c'est vouloir confondre les données analytiques les plus essentielles, et juger *in globo* d'une chose qui ne peut être bien appréciée que par ses détails. Trois nuances principales, selon moi, (abstraction faite des influences épidémiques et de la complication typhoïde, qui donnent aux symptômes généraux un cachet spécial), doivent être admises relativement à la dysenterie, savoir: la muco-sanguinolente, la bilieuse et la séreuse; reconnaissant que, comme les tempéramens, elles se combinent pour former des sous-variétés, dont il faut tenir un compte moins essentiel, mais qui cependant, méritent considération.

La dysenterie muco-sanguinolente est la plus commune, surtout en Europe, et alors qu'elle se montre sporadiquement. Si cette forme est fréquente dans les régions froides et moyennes, c'est que le tempérament des habitans incline plutôt vers le sanguin ou le lymphatique, que vers le bilieux, et que là l'organe sécréteur de la bile sommeille, pour ainsi dire. Sous cette nuance, la dysenterie s'organise lentement, n'éveille pas les sympathies et revêt le caractère inflammatoire, sinon le plus violent, du moins le plus manifeste. A quel autre agent est-il indiqué de recourir, si ce n'est aux émissions sanguines? Comme je l'ai dit plus haut, la phlébotomie même peut être indiquée, vu la force de l'organisme. Ici que l'irritation est fixe, dégagée de toute complication, qu'auraient à faire les purgatifs, et les émétiques? Je n'ai jamais eu à regretter de m'en être abstenu en pareil cas.

La colite bilieuse, rare ou moins intense dans les climats froids ou tempérés que sous la zone torride, nous représente, une nuance qu'on ne peut méconnaître qu'aux dépens du malade. Appliquer ici exclusivement la méthode anti-phlogistique, c'est se refuser à une indication essentielle. Mais, dira-t-on : établissez cette indication, montrez nous comment la bile joue un rôle important dans l'inflammation du colon, et prouvez que l'évacuation artificielle peut s'en faire sans préjudice pour l'organe essentiellement malade, et pour ceux qui peuvent participer à l'inflammation? Or, à cela nous répondons : Dans les pays chauds, le tempérament bilieux domine sensiblement; si les individus qui le présentent y ont pris naissance, ils n'auront que peu à redouter d'une influence natale, et chez eux, la fonction du foie, quoique dominant toutes celles d'excrétions, s'exercera avec énergie sans dépasser l'état normal, et par conséquent, sans amener aucun trouble dans l'organisme. Il n'en sera pas de même pour le bilieux des pays froids, venant habiter les climats brulans; chez lui, la fonction hépatique revêtant une exaltation insolite, se fera remarquer par de fréquens dérangemens dans les appareils aux fonctions desquels concourt celle du foie; delà, l'embarras gastrique, la fièvre de même nom, ou ce qu'on appelle vulgairement débordement de bile. Divers organes, l'encéphale, la peau, présentent aussi des modifications qui se rattachent à cette suractivité. Mais arrivons au but et demandons au lecteur s'il y a pure hypothèse à prétendre que cette espèce de saturation bilieuse que subit ici l'économie, modifie sensiblement l'état morbide des organes digestifs? Or, de même que, chez le tempérament qui nous occupe, la fièvre prendra la forme bilieuse, de même aussi, l'inflammation du colon s'offrira sous le cachet bilieux, qui pourtant ne doit pas abuser l'observateur sur le caractère phlegmasique de la lésion essentielle. Le dernier membre de cette proportion qui semble nous ramener à l'absolutisme physiologique, n'est là que pour nous garantir de toute accusation d'humorisme absolu. Reconnaître qu'une humeur abonde vicieusement dans l'économie; c'est uniquement tenir compte d'un fait d'où dérive l'indication que nous nous efforçons d'établir. Afin de ne pas nous enfoncer plus

---

(1) Je n'ai eu connaissance du paragraphe suivant, qu'après avoir écrit cet article : — « L'émétique était considéré comme un moyen puissant, par Sydenham, Pringle, Huxam, Zimmermann et Pinel, dans la dysenterie. Les idées nouvelles ont changé la manière de voir à cet égard, et, depuis que la dysenterie est considérée comme une inflammation du gros intestin, on n'ose plus la combattre par le tartre stibié. M. Téallier convient que dans les cas ordinaires, il craindrait son action irritante, mais convaincu du caractère particulier que les épidémies impriment aux maladies, ne pouvant croire que les observateurs attentifs, dont je viens de dire les noms, aient pu tous s'en laisser imposer sur l'efficacité de l'émétique dans les dysenteries épidémiques, et comme sudorifique et comme évacuant, il pense que dans des circonstances semblables, on serait encore fondé à en faire usage. » Analyse de l'ouvrage de M. Téallier, sur l'emploi du tartre stibié; par M. Hervez de Chégoin. (*Journal universel et hebdomadaire*, n° 166, 1833.)

avant dans des raisonnemens que nous n'avons pas en vue de développer ici, nous allons donner un exemple de dysenterie bilieuse pour faire ressortir cette indication.

Je n'admets pas de dysenterie bilieuse en tant qu'on considère cette affection comme indépendante de tout état phlegmasique ; quand la phlogose intestinale n'accompagne pas les évacuations abondantes du fluide biliaire, on n'a point affaire à la dysenterie : c'est un simple débordement de bile, constitutionnel et physiologique chez beaucoup d'individus bilieux, dans les pays chauds. Pour que la dysenterie s'organise, il faut qu'une cause phlegmasique agisse préalablement sur le colon. Tout individu peut être atteint de la dysenterie dite bilieuse, mais celui qui présente la prédominance hépatique y est infiniment plus disposé ; cette forme, ou, pour mieux m'exprimer, cette complication de la phlegmasie du colon est plus fréquente et plus grave dans les pays chauds que par une latitude froide ou tempérée : j'en parlerai d'après ma propre observation.

M. D..., au regard sévère, à l'air sombre et misantropique, offre une peau jaunâtre et huileuse ; chez lui les saillies musculaires ont de l'expression, le système pileux est fortement prononcé, le pouls plein et dur ; l'appétit vif, la propension au coït presque irrésistible. Il est depuis peu sous le climat chaud et humide de l'équateur : la saison des pluies règne. Les excès de toute espèce, toujours faciles aux colonies, représente son genre de vie ; il paie tribut à l'influence réunie du lieu et de la saison : il est en proie à l'inflammation du colon.

Il y a deux jours, qu'après avoir fait des excès de table, M. D. éprouve une commotion prolongée dans le colon, malaise dans tout l'abdomen ; besoin pressant d'aller à la garde-robe, la fonction satisfaite ; le bien-être renaît, mais il ne dure qu'un instant ; une nouvelle évacuation est irrésistible, le ventre s'embarrasse de plus en plus, la langue s'épaissit, la soif se prononce ; un peu de céphalalgie. M. D. garde la chambre, et se met bientôt au lit. A 2 ou 3 heures du matin, les selles sont fréquentes, chaudes et brûlantes le malaise abdominal s'est converti en fortes coliques, quelques nausées apparaissent ; le malade a l'imprudence de boire froid, ce qui provoque l'issue de matières plus abondantes, qu'accompagne un commencement de ténesme ; il est faible, sa peau a jauni, il a le visage défait ; je suis appelé.

Des vomissemens bilieux ont eut lieu ; la teinte ictérique est devenue plus foncée, moins cependant, surtout aux yeux, que dans la fièvre rémittente bilieuse ; les lèvres sont rouges et arides ; la langue est jaunâtre : il y a amertume de la bouche. Epigastre et hypocondres indolores, malgré les vomissemens. Barre transversale douloureuse, ventre chaud et affaissé ; la peau, au lieu d'être gonflée et humide, comme dans les fièvres citées, est sèche et plaquée sur les muscles : il y a fièvre assez intense. M. D. n'est préoccupé que de sa bile. « C'est la bile, docteur, débarrassez-m'en ; j'é» touffe. On m'a dit l'ipéca, l'ipéca à la brésilienne, et » vous serez de suite paré, docteur, donnez-moi l'i» péca. » Un médecin de l'école française, ennemi de cet éclectisme, se garderait bien de se rendre au désir exprimé par notre malade ; en y déférant, il croirait l'assassiner. Quant à moi, trop souvent témoin de l'insuffisance des moyens purement physiologiques pour triompher de cette espèce de dysenterie, aujourd'hui éclairé sur la marche à suivre en pareil cas, je dévie volontiers des préceptes broussaisiens. Peu confiant dans le saignée, je m'en dispense ici, bien que l'état de turgescence et d'orgasme du foie soit une sorte d'indication d'ouvrir la veine. Pour en venir à cette opération, il faudrait qu'il y eut douleur hépatique, circonstance qui rend imminente l'inflammation du foie et plus tard la formation du pus dans son parenchyme : elle est fort rare. 60 sangsues sont partagées entre le trajet du colon et l'hypocondre droit ; à la chute de ces animaux, on en applique 40 à l'anus, et, pendant qu'ils pompent activement, le malade est placé dans un bain de siége. De l'eau gommeuse, peu sucrée, contenant par pinte un demi-grain d'extrait gommeux d'opium, est administrée tiède au malade. Il s'en suit un peu de rémission pendant la nuit. Le lendemain, les envies de vomir reparaissent de nouveau, les selles ont lieu comme par accès (cette marche est propre à la dysenterie bilieuse, aussi ne faut-il pas chanter victoire parce que le malade n'a pas été à la garde robe depuis 12 ou 24 heures), l'ictère est plus prononcé que la veille ; le malade plus exigeant pour l'ipéca. Préférant à ce moyen, qui secoue trop l'économie, le mercure doux, j'administe ce médicament à la dose de 8 gr. avec addition de 2 g. d'extrait gommeux d'opium, en deux pilules, qui sont administrées dans les vingt-quatre heures, à trois heures d'intervalle. Les premières prises provoquent des coliques et des selles, les dernières calment et diminuent les évacuations alvines. Bien entendu que les bains de siége, les frictions opiacées, les fomentations émollientes sur l'abdomen, les lavemens amylacés et opiacés ne sont pas négligés. Le troisième jour, plus d'envies de vomir, selles diminuées des trois quarts, teinte ictérique affaiblie. Les jours suivans, mieux progressif, guérison en dix jours. Le malade a pris 23 g. de calomel et 6 d'extrait gommeux d'opium ; il a crachoté, mais non salivé.

L'observation de M. D. est en tout comparable à celles de vingt autres dont je pourrais faire l'histoire. Dire qu'il a guéri par les antiphlogistiques et malgré le calomel, serait un mauvais argument, car les sangsues ont été en pareil cas presque toujours impuissantes entre mes mains, et le calomel suffit aux anglais pour guérir bien plus de monde que nous (1), sous la même influence.

La participation fonctionnelle du foie à l'inflammation du colon ne s'explique par continuité des tissus

(1) Un mort sur 100.

qu'autant que l'intestin grêle, y compris le duodénum, est pris de phlegmasie; par sympathie cela se comprend mieux; mais il faut aussi admettre que la chose a lieu sans ces conditions, et seulement parce que ce qui est cause d'inflammation pour la muqueuse du colon, peut l'être aussi d'une manière directe et simultanée, pour l'organe sécréteur de la bile. Cela est si vrai, qu'au Bengale, pendant la saison chaude et sèche, la dysenterie est presque aussi fréquente que pendant la saison chaude et humide. J'ai quelque idée que la mortalité relative est plus considérable pendant la première de ces deux constitutions atmosphériques, attendu qu'alors la dysenterie bilieuse est plus commune que la muco-sanguinolente; s'il n'en est point ainsi, c'est peut-être que les médecins anglais, à la tête desquels se trouve le savant Annesley, usent du calomel d'une manière convenable.

Du calomel dans la dysenterie! Vous auriez raison de vous récrier, si votre malade avait des selles sanguinolentes ou muco-sanguinolentes : Là vous n'avez affaire qu'à l'inflammation sanguinolente; et un excitant des muqueuses ne saurait offrir un moyen rationnel; mais vous avez tort, si le sujet, habitant les tropiques, comporte un tempérament et des dispositions que décèle l'abondance de la bile dans ses déjections; les antiphlogistiques, employés seuls, alors peuvent vous occasioner des regrets.

Toujours est-il vrai, qu'après l'administration du calomel, on voit d'abord s'évacuer la bile libre dans les intestins; puis ce fluide cesse de s'accumuler et de saturer, pour ainsi dire, l'économie. Peut-on admettre que les médecins anglais et ceux qui imitent leur pratique, soient dépourvus de tout talent d'observation, ou qu'ils s'appliquent volontairement un bandeau sur les yeux? Mais en voilà assez sur un médicament qu'on peut dire toujours utile contre la dysenterie bilieuse, et qui, à lui seul, guérit cette maladie quant il est habilement manié. Cependant l'éloge que je crois devoir en faire ici, d'après l'expérience, ne comporte pas du tout, dans ma pensée, l'idée qu'en usant du proto-chlorure de mercure, on doive se dispenser des antiphlogistiques, des narcotiques, ni des autres moyens rationnels employés contre le plus terrible fléau des régions intertropicales.

Après le calomel vient l'ipéca, ou, pour mieux dire, ce médicament est de date plus ancienne que le mercure doux dans la thérapeutique applicable à la colite dysentérique. Dans la formule que j'ai fait connaître relativement à M. D., on a pu remarquer que l'ipéca ne figurait pas; le pourquoi, le voici : C'est que je ne veux pas combiner la racine brésilienne avec le calomel, attendu que, même à petite dose, elle peut, sinon déterminer des vomissemens, du moins irriter sensiblement l'estomac, et, de proche en proche, ou par sympathie, l'organe sécréteur de la bile; et cela, sans compenser cette influence par une propriété absorbante aussi puissante que celle du calomel. D'ailleurs, en administrant l'ipéca à la brésilienne, on a en vue, sans y atteindre peut-être complètement, puisque l'émétine est soluble dans l'eau, d'épargner au colon le contact du médicament, et le vomissement représente le phénomène dont on attend la guérison. Tout médecin qui administre l'ipéca d'après cette formule, évite soigneusement que la plus petite quantité de marc ne se mêle à l'infusion; mais se marc, dira-t-on, étant parfaitement inerte, après trois infusions et macérations de la substance mère, cette crainte est chimérique. Quoi qu'il en soit, s'il faut s'en rapporter à l'expérience, nous admettrons que les médecins qui en agissent ainsi, peuvent être fondés en raison (1).

Les fautes commises pour les anti-phlogistiques, les narcotiques et les astringens, n'ont pas été évitées pour l'ipéca, c'est-à-dire que ce médicament, comme tous les autres, a été prescrit d'une manière trop absolue, et employé d'une manière trop banale pour que l'usage n'en ait pas souvent été fâcheux. Il faut donc s'attacher à préciser les cas où il convient de recourir à tel ou tel de ces agens, autrement la thérapeutique de la dysenterie offrira toujours un dédale où s'égareront les plus habiles. J'ai, au commencement de ce chapitre, représenté la dysenterie sous trois formes principales; déjà j'ai tracé la conduite à tenir pour les formes sanguine et bilieuse, il me reste à spécifier le mode de traitement qu'il convient d'adopter pour la forme séreuse.

Cette nuance de colite, rarement franche, parce qu'aux déjections liquides qui la caractérisent se mêlent ou du sang ou de la bile, est souvent, de l'aveu de tous les médecins qui ont écrit sur la dysenterie depuis que la doctrine physiologiste prévaut en France, plus difficile à guérir que celle qui s'accompagne d'évacuations purement sanguines. Qu'en faut-il conclure? si ce n'est que la phlegmasie du colon devient toujours plus grave quand elle coïncide avec un débordement d'humeurs étrangères aux fluides qu'il sécrète, en un mot, que l'inflammation franche est plus facile à juguler que celle que vient modifier ou un excès de bile ou une sérosité. Pour moi, de telles variétés diffèrent autant entre elles que les diverses nuances de gastrite ou d'entérite, et la différence est à mes yeux d'autant plus tranchée qu'elle se rattache à des complications éloignées de l'organe primitivement lésé. L'excès de bile vient d'une suractivité fonctionnelle du foie; l'excès de sérosité me semble exister sous l'influence d'un état phlegmasique ou congestif de l'intestin grêle. Si l'on voulait attaquer cette opinion en la considérant comme purement spéculative, je répondrais que la thérapeutique qui en découle a toute la valeur d'un fait, et que si *naturam morborum ostendit curatio*, la méthode basée sur l'indication de faire pour ainsi dire

(1) Je dois dire que depuis que ceci est écrit, j'ai joint, avec succès, l'ipéca au calomel, d'après la méthode anglaise. Dans deux cas, où j'en ai fait usage, il y a eu de 2 à 3 vomissemens, puis une petite fièvre diaphorétique qui m'a paru favorable : le mieux *a été subit*. On voit que je ne nie pas les résultats pratiques, en quelque sorte opposés à l'une des idées que j'ai plus haut émises.

tarir la bile et les mucosités trop abondantes étant suivie de succès, elle met en évidence un des caractères essentiels de la maladie dont je traite.

Les déjections séreuses ont une couleur rougeâtre ou jaune verdâtre; en général elles sont accompagnées d'une grande fétidité, leur odeur âcre prend plus facilement à la gorge que les émanations des selles qui ne contiennent que de la bile ou des mucosités sanguinolentes. La lienterie tient plus spécialement à cette forme de dysenterie qu'aux deux dont nous nous sommes déjà occupés. Cette dernière circonstance prouve qu'ici l'estomac et surtout l'intestin grêle ne fonctionnent que très-imparfaitement, et s'il n'y a pas gastro-entérite, on ne peut nier que le ventricule et le petit intestin n'aient besoin d'être ramenés, à un mode d'activité propre à la chimification et à la chylification. Ceci reconnu, peut-on admettre que des sangsues appliquées sur le trajet du colon et à l'anus, modifieront favorablement ce genre de dépravation fonctionnelle? La saignée du bras ne jetterait-elle pas le malade dans une situation plus fâcheuse encore? Pour mon compte, et parce que j'en ai l'expérience, sans renier les anti-phlogistiques en pareil cas, j'administre l'ipéca à la méthode brésilienne, c'est-à-dire pendant trois jours, en donnant, le premier, à la dose de six cuillerées, l'infusion pure de 24 grains d'ipéca; le deuxième, quatre cuillerées représentant l'infusion du marc; et le troisième enfin, trois cuillerées provenant de la seconde infusion de ce même marc. Il résulte de ce mode de médication, que le premier jour les vomissemens sont abondans, nombreux et accompagnés d'une diaphorèse puissamment révulsive; le deuxième, l'estomac rejette moins de liquide, celui-ci est beaucoup moins coloré, la transpiration, déjà plus facile à obtenir, peut surpasser celle du premier jour; le troisième tous ces effets primitifs ou secondaires peuvent manquer et être remplacés par des selles quelquefois plus nombreuses que les jours précédens, c'est le résultat d'une action purgative. Si c'est avec convenance que vous avez usé de ce moyen, un changement inoui s'opère dans l'économie; les selles, beaucoup moins nombreuses, perdent de leur fluidité et de cette âcreté qui les caractérisait naguère encore. La peau est devenue moite; un sentiment de bien-être succède à cette anxiété profonde, ici plus manifeste que dans les autres cas de dysenterie. Il y a dans cette nuance comme une teinte de dothinentérie, ce qui nous indique la participation des intestins grêles à l'état morbide (1). Cette opinion, qu'on peut ne pas partager, m'a conduit avec succès, à insister sur les excitans et rubéfians cutanés, de préférence à un grand nombre de sangsues. Pour appliquer ces animaux, je me suis toujours bien trouvé d'attendre l'instant de ces réactions, qui à leur tour, quand l'économie n'est plus sous une influence débilitante spéciale, mettent en évidence le caractère réellement inflammatoire de toute espèce de dysenterie. C'est sans doute quand les malades offrent un état comparable à celui que je viens de décrire, que le sulfate de soude a procuré des succès en débarrassant subitement les premières voies des fluides dont l'abondance, si ce n'est la dépravation, tourmente le gros intestin, et prolonge indéfiniment sa phlogose. Cette opération, d'ailleurs, ne peut s'effectuer sans qu'il s'opère une modification, que l'expérience montre favorable, dans le petit et le gros intestin. Je n'ai pas besoin de reste de faire valoir une pratique qui est celle de M. Bretonneau.

Quoique je n'aie pas entrepris de traiter ici complétement de la dysenterie, je dirai que la forme séreuse est plutôt liée aux circonstances épidémiques et typhoïdes qu'à celles qui représentent l'endémicité; que, sporadiquement, elle atteint de préférence les personnes dont l'économie est apauvrie par les privations ou les excès, enfin, qu'elle tient plutôt à la première enfance, à la vieillesse et au sexe féminin, qu'aux conditions individuelles opposées.

Beaucoup de considérations relatives aux idées principales que je viens de faire connaître trouveraient ici à se grouper, si j'avais entrepris de faire un traité complet sur cette maladie; mais, n'ayant en vue que d'aborder quelques points de pratique, je crois en avoir assez dit pour le moment. Bien que je me sois efforcé de préciser, d'après des vues plus pratiques que théoriques, les indications qui mènent à l'emploi des évacuans, je ne prétends pas avoir de beaucoup diminué l'obscurité du sujet. En admettant d'ailleurs que j'aie caracterisé d'une manière quelque peu exacte les nuances dont je tiens toujours un compte essentiel dans ma pratique, je reconnais qu'il sera très-difficile, pour ceux-même qui m'auront lu avec attention, de reconnaître au lit du malade les nuances de l'inflammation du colon, si sujette à complication.

Pour dernier argument en faveur de la méthode évacuante habilement maniée, je ferai remarquer à quel degré s'élève la mortalité de nos troupes aux Antilles!!! Là, cependant, la méthode antiphlogistique est exclusivement employée; et certes on n'accusera par les médecins distingués, qui y dirigent nos hôpitaux, de mal user des sangsues et de la saignée. Le régime, aussi essentiel dans la dysenterie que la médication proprement dite, ne saurait non plus, je pense, être de nature à contrarier une saine thérapeutique. Cependant la mortalité y est effroyable, si, pour l'apprécier à sa juste valeur, on fait entrer en ligne de compte, les décès qui ont lieu à la mer pendant le retour, et ceux qui se consomment en France, où plus d'un dysentérique trouve, selon l'expression de M. Ed. Salva, « un cer-« cueil au lieu des joies de la patrie. »

Ainsi donc, de ce qui précède, il ne résulte pas qu'il faille abandonner les antiphlogistiques; car pour la

(1) En admettant la participation de l'estomac et de l'intestin à l'état morbide, ce n'est point une action purement révulsive sur ces organes, que j'attends de l'ipéca, mais bien une modification vitale dont ils ont eux-mêmes besoin; si la révulsion est ici pour beaucoup dans le changement favorable qui s'opère, c'est qu'elle se produit sur la peau et l'ensemble de l'économie.

forme mucoso-sanguinolente, je n'emploie et ne conseille que les moyens qui en dérivent; pour les deux autres nuances, que je regardais comme des complications, j'y ai encore recours, seulement je considère comme indispensable d'en venir à l'administration du calomel opiacé ou de l'ipéca, d'après la méthode bresilienne. Les raisons que j'ai données pour préférer l'un ou l'autre de ces moyens, selon les nuances, pouvant être contestées ou du moins envisagées comme trop absolues ou subtiles, je dirai que si les choses s'offrent ici sous une apparence peu faite pour convaincre, il n'en est pas moins vrai qu'en se conformant aux données que je viens de fournir, on obtient des succès remarquables.

Mais je n'aurai fini la tâche que je me suis imposée qu'après avoir traité des astringens. Abordons cette question non moins délicate que celle que je viens d'effleurer. Tenter de juguler la dysenterie par l'usage des astringens, c'est faire courir aux malades une chance plus terrible encore que celle du quitte ou double : cette pratique meurtrière n'est plus que celle des médicastres et des commères. Les malheurs qui ont été le résultat d'une telle méthode, en jetant de la défaveur sur une médication qui n'est pas sans avoir procuré des succès, ont eu des effets déplorables. Il en est, à mon avis, des astringens comme des évacuans; y renoncer absolument n'est pas agir avec sagesse. Les phases de la dysenterie, les complications qui souvent l'accompagnent, étudiées avec soin, deviennent la source d'indications variées auxquelles on ne peut satisfaire qu'avec l'ensemble des moyens qui, tour à tour, ont été exclusivement prônés. Les auteurs de nos jours, les plus antipathiques à l'emploi des astringens, en font tous mention; mais d'une manière si vague et si dédaigneuse, que le médecin, qui ne peut appuyer ses opinions sur une pratique étendue, se garde bien d'y avoir recours : les médicamens de cette espèce ne semblent plus figurer que pour mémoire dans le traitement de la dysenterie. Cependant, quand l'inflammation du colon, d'intense et prochainement funeste qu'elle pouvait être, ne consiste plus que dans une subinflammation, dont le cours ne semble devoir se prolonger que par l'inertie des tissus où elle siége, les amers astringens peuvent seuls abréger la durée de la maladie, et éviter, dans bien des cas, qu'elle n'ait une issue funeste, ou ne se termine par l'hydropisie. Tout attendre alors des moyens purement rationnels et diététiques, c'est exposer négativement les malades à des chances non moins redoutables que celles reprochées à l'emploi du simarouba, etc. C'est une grande erreur que celle qui consiste à penser que les astringens ne conviennent qu'alors que la colite est parvenue à la période de chronicité. Cette période arrivée, la plupart des praticiens de nos jours veulent encore faire l'essai des moyens qu'ils appellent rationnels : épithète réfusée à la méthode astringente, comme si celle-ci ne pouvait s'appuyer d'aucun raisonnement digne d'être pris en considération! Je dis que c'est une erreur, parce que l'expérience m'a démontré qu'il n'est pas besoin d'attendre les selles crémeuses et ressemblant à de la purée pour ingérer les amers astringens. Je m'explique: Quand les sensations pénibles ont cessé, dans l'abdomen; quand le ventre cesse d'être collé à l'épine, et ne présente plus ce profond sillon indiquant le trajet du colon transverse que la pression n'est nullement douloureuse; que la peau est moins chaude et moins aride; que tout mouvement fébrile a cessé, on peut administrer le simarouba, lors même que les selles sont encore teintes d'un peu de sang, ou plutôt uniformément colorées; car, si le sang était libre à la surface des matières excrétées ce serait une preuve que l'irritation n'aurait pas cédé sur tous les points, et que quelques uns la présenteraient encore à un degré assez intense, et alors il faudrait s'abstenir. Mais les selles ayant les caractères ci-dessus, et se montrant au nombre de trois à six par jour, les astringens administrés avec les précautions voulues, s'opposent à ce que le malade n'arrive à cette période caractérisée par une débilité profonde et par le marasme. Je dirai même que c'est là l'instant du triomphe ponr les astringens; une telle oportunité est, j'en conviens, assez difficile à saisir; mais serait-ce un motif pour renoncer aux agens qui nous occupent? La pratique de la médecine et de la chirurgie même n'est-elle pas hérissée de pareilles difficultés? Attendre que la dysenterie ait tous les caractères de la chronicité, c'est laisser, selon moi, à l'inflammation le temps et le loisir, sinon de désorganiser la muqueuse, du moins de la relâcher et même de la ramollir à un degré tel, qu'il devient souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de la ramener à l'état normal. Pour justifier cette opinion, je rappellerai ici les avantages que l'on retire des amers et des astringens à la fin des phlegmasies muqueuses en général. Que l'effet virtuel de cette médication, consiste dans une simple astriction des fibres relâchées, ou dans une modification de la vitalité, toujours est-il qu'en le provoquant, on évite aux malades ces interminables convalescences pendant lesquelles ils rechutent souvent. Dans nos salles il existe peu de ces squelettes ambulans qui, dans le service des dysenteriques aux Antilles, frappent si péniblement les regards. Parmi les convalescens que nous expédions pour la France, figure-t-il un grand nombre de militaires à demi-guéris de l'inflammation du colon? Sous les drapeaux enfin, rencontre-t-on ici de ces êtres amaigris, au faciès hâve et plombé? Si la dysenterie, dans cette colonie, n'est marquée que par une perte des plus minimes, et n'offre point ce tableau retraçant à la fois le deuil de la veille et celui du lendemain, c'est qu'ici, plus qu'ailleurs peut-être, nous avons renoncé à toute méthode exclusive de traitement. Aucune maladie plus que la colite ne rehausse cet éclétisme, qu'à tort M. Broussais a voulu bannir de la philosophie médicale. Cependant, pour ne pas faire plus brillant que de raison le résultat des erremens que nous suivons, nous rappellerons qu'une partie des succès que nous avons obtenus pourraît bien se rattacher à la sévérité des nos prescriptions diététiques et à la sollicitude dont nous entourons les dysenteriques.

Mais avant de généraliser sur les résultats de notre

pratique touchant l'emploi des astringens, il est nécessaire de la faire mieux connaître. le simarouba est de tous les médicamens doués de propriétés à peu près équivalentes, le seul que nous mettions en usage; mais, convaincus que la manière d'administrer les substances médicinales influe puissamment sur leur mode d'action, nous préférons la décoction aqueuse de cette écorce à la macération dans le vin. Nous trouvons d'autant plus d'importance à combiner le simarouba avec une décoction féculente, que nous en usons beaucoup plus tôt que ne le conseillent les auteurs. D'un autre côté, le vin de simarouba étant plus actif que son décoctum aqueux, on est obligé de l'administrer sous un volume beaucoup moindre, ce qui fait que des points de la muqueuse n'en éprouvent pas le contact, tandis que d'autres le subissent avec trop d'énergie; il n'y a pas, selon nous, de comparaison à établir entre ces deux manières d'administrer le médicament dont il s'agit. En donnant le simarouba alors que la muqueuse est, pour ainsi dire, encore sous l'empire de l'inflammation, nous nous gardons bien de le faire prendre d'une manière trop-rapprochée; deux gros de cette racine bouillis dans un verre d'eau qu'on mêle ensuite à 24 onces de décoction de riz, est la dose et la forme sous lesquelles nous commençons. Alors que le malade est à l'usage de cette boisson mixte, nous lui faisons prendre par cuillerées, à intervalles plus ou moins rapprochés, une potion avec la morphine, afin de rendre l'estomac et les intestins plus tolérans, bien entendu que dans cette période du mal, la tisane de riz simaroubée, ainsi que tous les liquides ingérés, sont administrés à une température un peu plus élevée que celle de l'atmosphère. Si les aigreurs ne surviennent pas (inconvénient qui à lui seul ne repousse pas le simarouba), si les coliques et la sensibilité abdominales, ne sont pas plus vives qu'avant l'administration de cette racine, nous en augmentons progressivement la dose jusqu'à une once par pinte de décoction amylacée ou féculente. Le malade se trouvant bien de cette médication, on voit s'évanouir avec promptitude les signes d'une affection qui, jusqu'au dernier jour de sa durée, doit maintenir le médecin en éveil, tant la rechute est imminente! Quelle satisfaction pour l'observateur qui s'évertue à saisir les médications souvent obscures et trompeuses de la dysenterie, que celle de voir, après huit ou quinze jours, un malade parfaitement rétabli d'une affection dont le terme et l'issue sont difficiles à préciser! Eh bien! ce plaisir si vif et si utile pour appuyer la croyance du médecin, le simarouba me l'a souvent procuré; tandis que les antiphlogistiques obstinément prescrits, en menant à une issue funeste ou à une guérison lente et mal affermie, m'ont causé d'éternels regrets. Que ceci cependant ne mène pas à penser qu'aujourd'hui je termine la cure de toute dysenterie par le simarouba. Non, quand la colite est franche et suit une marche rapide vers la guérison, je m'abstiens soigneusement de ce moyen, qui, alors, s'il n'était nuisible, serait du moins parfaitement inutile. Pour que j'en vienne à notre médicament, il faut que l'inflammation, en perdant de son intensité affecte une marche vague et mélangée de ces alternatives où prédominent, sur les signes de recrudescence, ceux qui caractérisent plutôt l'anomalie fonctionnelle que l'altération profonde des tissus. Quand le malade est plus faible que souffrant, qu'il offre un peu de bouffisure au visage, d'œdème aux pieds; que beaucoup de gaz le tourmentent et s'échappent par l'anus; que les ténesmes de la fièvre sont dissipés, qu'a-t-on de mieux à faire que d'administrer les astringens? Ceux-ci sont d'autant mieux indiqués qu'aux signes précités se joignent des selles abondantes, blanchâtres et spumeuses. Alors le ventre, au lieu d'être excavé, est mou et pâteux, la langue est blanche et épaisse. Ici l'eau de riz simaroubée ne peut être nuisible. Si la décoction aqueuse de cette racine a été administrée à temps, il est rare que le sujet, inclinant vers l'hydropisie, arrive à cet état qui commande plutôt le vin que l'eau de simarouba. En un mot, et à part quelques considérations qu'il appartient à chacun d'apprécier, l'énergie des astringens devra être en raison directe du temps qui se sera écoulé depuis l'instant où des astringens mitigés auraient dû être administrés.

Pour compléter nos considérations pratiques relativement aux astringens, nous ferons remarquer qu'à l'époque où il est indiqué d'y avoir recours, les vésicatoires et les cautères, sources de déperdition pour l'économie, ne doivent plus faire partie des moyens de guérison. Alors que l'inflammation du colon est devenue chronique, les vêtemens de laine, les bains chauds vinaigrés, ceux de vapeur, sont préférables aux exutoires : entretenir ces derniers, c'est diminuer de beaucoup la puissance de réaction si nécessaire pour ramener les tissus à leur état primitif d'intégrité.

Afin de suivre le malade jusque dans cette période si éloignée de l'affection primitive, qu'on hésite quelquefois à les rapporter l'une à l'autre, aussi bien par le temps qui s'est écoulé que par la reprise des occupations et un rétablissement apparent, je dirai qu'il se trouve mieux de l'usage des médicamens composés, dans lesquels, sous la forme pilulaire, figurent des substances telles que l'extrait de génièvre, de ratanhia, de simarouba alliés à l'opium gommeux, que du traitement plus haut indiqué. C'est du moins en usant de cet électuaire et d'autres du même genre que j'ai mis fin à des diarrhées si anciennes qu'on pouvait les considérer comme constitutionnelles.

Je bornerai là des considérations pratiques que nos confrères, surtout ceux qui sont appelés à exercer dans les pays chauds, ne trouveront peut-être pas sans intérêt.

N° 7. — 14 FÉVRIER.

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE GRAVE (Dothinentérie) *qui a régné dans le canton de Loudun* (Vienne), *pendant les quatre derniers mois de l'année* 1834; par J.-T. MONDIÈRE, D.-M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes.

La ville de Loudun est située au 17e degré, 44 mi-

nutes, 40 secondes de longitude et 47 degrés, 1 minute, 41 secondes de latitude. Elle est bâtie en amphithéâtre, sur une montagne qui s'élève au milieu d'une plaine fertile, dont le diamètre est de deux lieues, et qui est bornée presque partout par des monticules couverts de bois et de vignes. Réduite aujourd'hui à une population de cinq mille et quelques cents âmes, elle renfermait autrefois un bien plus grand nombre d'habitans. La fameuse révocation de l'édit de Nantes acheva ce que le règne de Louis XIII avait commencé, et douze mille habitans environ abandonnèrent cette ville, qui est la patrie de plusieurs gens de lettres; nous nous bornerons à citer ici Macrin (Jean), ou plutôt Maigret, un des meilleurs poètes latins du 16e siècle, les deux Scévoles, frères jumeaux, et Renaudot, Théophraste, qui était médecin, et commença le premier, en 1631, à publier les nouvelles publiques, connues alors sous le nom de *Gazettes*.

Nous n'entreprendrons pas de donner ici une topographie physique et médicale de Loudun : de trop longues recherches sont nécessaires pour un semblable travail, et il n'y a pas assez de temps encore que nous sommes fixés dans cette ville pour avoir pu les multiplier suffisamment. Mais, bien pénétré de tous les avantages que le médecin peut retirer de l'étude minutieuse de l'état des lieux et de l'atmosphère du pays où il exerce son art, nous avons commencé un travail bien ingrat, mais éminemment fertile en résultats, et en comparant, comme nous le faisons déjà, pendant de longues années, les maladies dominantes et les variations atmosphériques, nous arriverons, nous l'espérons du moins, à quelques données positives, et qui seront utiles à nous et à nos concitoyens.

Pour le moment, nous nous bornerons à dire que l'air de Loudun est pur et très-vif; qu'on observe peu de brouillards; que l'été, la chaleur y est très-forte, l'électricité atmosphérique, toujours en excès, d'où de violens orages rarement suivis de pluie, et causant chaque année plusieurs accidens; que les hivers y sont assez rigoureux, et qu'on n'observe, ni dans la ville même, ni dans les environs, de ces causes puissantes d'insalubrité, si nombreuses dans d'autres endroits. Ainsi, dans les campagnes environnantes, ni étangs, ni marais; dans la ville, aucune industrie nécessitant, dans un espace resserré, l'agglomération d'un grand nombre d'individus, et qui sont souvent le foyer et le point de départ d'épidémies meurtrières. Les rues sont en général bien percées et largement ouvertes, les maisons presque toujours bâties selon les lois d'une saine hygiène; l'habitant jouit d'une bonne aisance, est sobre en général, a une bonne nourriture, aime la propreté, et ne présente point cette dégradation morale qu'on observe dans les villes manufacturières; en général, il est doué d'une bonne constitution, et les personnes d'un âge avancé sont assez nombreuses. Les maladies sont presque toutes de nature inflammatoire, et le traitement antiphlogistique, depuis que la doctrine de M. Broussais épurée et ramenée à des préceptes plus sages, a pu être appréciée dans ce pays, compte en sa faveur de beaux et de nombreux succès. Les maladies dominantes sont les inflammations franches des organes abdominaux et thoraciques; l'arachnitis n'y est pas très-rare, ainsi que les exanthèmes aigus. La phthisie pulmonaire y est peu fréquente.

Depuis une dixaine d'années, le canton de Loudun a été le théâtre de trois épidémies fort meurtrières. La première eut lieu en 1825, année si remarquable par sa forte chaleur et sa longue sécheresse. La dysenterie, qui régna alors, moissonna un grand nombre d'individus, tant dans la ville que dans les campagnes, choisissant surtout ses victimes parmi les enfans et les personnes ayant dépassé l'âge adulte. La seconde régna au commencement de l'année 1832, et consista en une rougeole et une scarlatine qui enlevèrent un grand nombre de personnes. La troisième enfin est celle sur laquelle nous allons présenter quelques considérations générales.

Cette épidémie n'est point apparue tout à coup au milieu de nous. Elle a préludé par quelques cas isolés, qui, pour la plupart, se terminèrent d'une manière fatale, et qui annoncèrent toute la gravité du fléau qui nous menaçait. Un des premiers cas fut soumis à notre observation, et nous fut offert par un jeune homme qui, servant depuis quelques années en qualité de valet-de-chambre, dans un château des environs, quitta cette condition, où il trouvait largement à satisfaire tous les besoins de la vie, pour apprendre l'état de sabotier. Dès lors fatigues, changement de nourriture, de lieux, d'habitudes; aussi cet individu, qui se trouvait absolument dans les mêmes conditions que ces nombreux ouvriers, qui, arrivés depuis peu à Paris, fournissent presque à eux seuls tous ces cas de fièvre grave qu'on observe sans cesse dans les hôpitaux de la capitale, ne tarda pas à tomber malade, et son affection, qui, dans les premiers jours, se déguisa sous la forme d'un simple embarras gastro-intestinal, revêtit bientôt le caractère typhoïde, et, malgré une médecine active et des soins assidus, enleva ce malheureux vers le 22e jour, le lendemain de l'apparition d'abondans *sudamina*. Chacun de nos confrères pût aussi, dans les mois de mars, avril, etc., observer isolément quelques cas de dothinentérie, lorsque, vers le commencement de septembre, l'épidémie éclata en même temps dans la ville et dans quelques villages environnans.

Nous n'essaierons pas de chercher à remonter à la connaissance des causes premières de l'épidémie dont nous allons parler. L'expérience n'a que trop appris aux médecins que de semblables recherches sont presque toujours inutiles, et que l'influence sous laquelle se développent les épidémies échappe assez ordinairement à nos moyens d'investigation. Nous nous bornerons à noter que l'été fut extrêmement chaud et fort sec. Quant aux différens autres agens hygiéniques, il nous est tout-à-fait impossible d'y rien trouver que l'on puisse raisonnablement regarder comme ayant joué un rôle apparent dans cette catastrophe.

L'épidémie a presque exclusivement sévi contre les personnes d'un âge peu avancé: ainsi, le plus grand

nombre des malades avaient de 15 à 30 ans; au dessus et au dessous de cette période de la vie, nous n'avons vu que quelques cas isolés. La classe aisée de la société n'a eu que très-peu à souffrir, sans que l'on puisse trouver une raison bien valable pour expliquer cette exception. Il n'est guère permis d'en chercher la cause dans une habitation plus saine, des soins de propreté mieux entendus, une nourriture plus choisie, car partout cette classe aisée se trouve dans les mêmes conditions, et cependant nos annales renferment la description de quelques épidémies de dothinentérie qui sévirent plus particulièrement sur cette même classe. C'est ce que nous observâmes à Laval, il y a quelques années, et ce que M. Toulmouche a également vu presque en même temps à Rennes, en 1828. Pour appuyer ce fait, qui étonne au premier abord, nous ajouterons encore qu'à Bernase, gros bourg situé à une lieue de Loudun, et dont le plus grand nombre des habitans peu aisés habitent dans des caves creusées dans le tuf, ce n'est pas parmi eux qu'il y a eu le plus de malades et de morts, mais bien parmi ceux qui, plus à l'aise en général, habitent des maisons élevées au-dessus du sol, et par conséquent plus saines et plus aérées. L'épidémie a également frappé les individus sans distinction de sexe, de constitution; de même encore, tous les quartiers de la ville et tous les villages environnans ont été indistinctement atteints, sans que le plus ou moins grand nombre d'hommes accumulés sur un point donné, sans que l'état plus ou moins insalubre de ces mêmes lieux aient apporté quelque modification, soit dans le nombre des malades, soit dans la gravité et la marche de la maladie.

Dans la grande majorité des cas, et nous pouvons même dire dans tous ceux qui se sont offerts à notre observation, la maladie fut annoncée par quelques symptômes précurseurs, auxquels le médecin, et, dans les derniers temps, l'homme étranger à l'art, ne se méprenaient point, et nous avons souvent été consultés par des personnes qui nous disaient : « Nous allons être atteints de la maladie régnante. » Ces symptômes précurseurs consistaient en un état de malaise général, la perte de l'appétit, un sentiment de faiblesse, l'insomnie ou un sommeil troublé par des rêvasseries, de la céphalalgie, un léger embarras gastrique, une légère irritation de la muqueuse pulmonaire. Chez quelques individus, nous avons alors observé des accès de fièvre intermittente, tierce ou quotidienne. Un petit nombre de ces individus est revenu à la santé après avoir éprouvé, pendant 5 à 6 jours et plus, ces divers symptômes, soit par les seuls bénéfices de la nature, soit à l'aide de quelques moyens simples, comme la diète, la saignée, le sulfate de quinine : mais, chez la plupart, la maladie a fait des progrès, s'est dessinée de plus en plus, et a présenté enfin tous les symptômes de l'affection typhoïde.

Sans doute tous les cas ne nous ont pas présenté une marche tellement régulière qu'on pût distinctement reconnaître là où finissait la première période, et où commençait la seconde; sans doute beaucoup de ces mêmes cas ont éludé toutes nos divisions scholastiques; toutefois, dans un grand nombre, on a pu suivre la filiation des symptômes, ce qui nous permettra d'établir une certaine division dans l'exposé de la marche de la maladie.

Ainsi, dans le premier septenaire, nous avons constamment observé les symptômes suivans : Douleur de tête violente, quelquefois frontale, mais bien plus fréquemment occipitale, et se prolongeant de long du rachis; visage coloré, surtout vers les pommettes; injection des conjonctives; yeux brillans et supportant mal la lumière; air de stupeur; bourdonnemens dans les oreilles; commencement de surdité; soubresauts des tendons; langue large, humide, blanche, mais déjà rubanée en rouge, bouche peu ou point mauvaise; chez quelques malades, fétidité de l'haleine, comme on l'observe dans l'embarras gastro-intestinal; soif assez vive; inappétence; rarement de la sensibilité à l'épigastre; région iléo-cœcale, un peu tendue, rénitente, et presque toujours plus ou moins douloureuse; rêvasseries pendant le jour, insomnie et délire sourd, quelquefois bruyant, pendant la nuit; sentiment de faiblesse et d'abattement; toux assez fréquente, sèche et sonore; peau chaude, plutôt humide que sèche; pouls donnant de 110 à 130 pulsations, plein et rebondissant; urines rares, le plus ordinairement colorées et déposant une grande quantité de matière blanche floconneuse; selles peu abondantes, mais déjà liquides et jaunâtres, d'une odeur fétide; fièvre augmentant chaque soir, et offrant souvent des exacerbations dans le cours de la journée.

Comme nous l'avons dit, le passage de la première aux autres périodes n'a souvent eu rien de fixe; cependant du huitième au douzième jour commençait ordinairement ce que nous pouvons appeler la seconde période : alors la céphalalgie paraissait moins intense, ou du moins les malades s'en plaignaient moins; les bourdonnemens d'oreilles s'étaient changés en surdité, qui existait chez tous les malades indistinctement; l'agitation était moindre pendant le jour, et remplacée par un assoupissement dont on avait de la peine à faire sortir le malade, et encore alors paraissait-il tout étonné et ne reconnaître ni les lieux où il était, ni les personnes qui l'entouraient; le soir, la fièvre redoublait, et apparaissait un délire tantôt tranquille, quelquefois aussi agité, et nécessitant des moyens énergiques pour maintenir le malade, qui offrait alors tous les symptômes d'un accès de violente fièvre cérébrale; nous en avons vu plusieurs que quatre hommes vigoureux avaient de la peine à contenir. La couleur rouge du visage était encore plus circonscrite aux pommettes, et cette vive coloration alternait souvent et plusieurs fois dans une heure d'un côté à l'autre; les yeux offraient un air de stupeur plus prononcé; les lèvres, les dents et la langue se couvraient d'un enduit gluant ou de croûtes sèches qui se renouvelaient plusieurs fois dans le cours de cette période, mais jamais, ou presque jamais, nous n'avons eu occasion de remarquer cet état fuligineux des dents et de la langue, si fréquent dans la forme adynamique de la dothinentérie. Lorsque la maladie

était grave, la langue était rétrécie, pointue, tremblante, les malades avaient de la peine à la montrer, et l'oubliaient souvent entre les lèvres; la soif était toujours fort vive; la déglutition quelquefois difficile, ce qui tenait à une éruption aphtheuse plus ou moins abondante, et ayant son siége sur la langue, à l'intérieur des joues, dans le pharynx, et probablement jusque dans la partie supérieure de l'œsophage; des vomissemens rares et sans caractère avaient lieu chez quelques malades; la toux était plus fréquente, moins sèche; l'auscultation faisait entendre, dans toute l'étendue de la partie postérieure des poumons, un râle muqueux et sonore, et, chez quelques jeunes sujets, le chant d'une tourterelle; la tension du ventre était plus considérable, souvent même il existait un météorisme prononcé, la diarrhée persistait, et même était plus fréquente, les selles étaient toujours liquides, jaunes, d'une odeur repoussante, les urines plus rares, plus colorées, mais laissant à peine déposer un sédiment muqueux. Le plus grand nombre des malades, 95 sur 100, ont présenté, à plusieurs reprises, des épistaxis plus ou moins abondantes, et ont rendu, soit par la bouche, soit, et cela plus fréquemment, par l'anus, depuis deux ou trois vers jusqu'à une douzaine. Souvent, vers la fin de cette période, les malades, qui, jusqu'alors, avaient semblé conserver leur embonpoint, *fondaient*, pour ainsi dire, dans l'espace de 24 heures, et n'offraient plus au médecin qu'un corps maigre et décharné, un visage à joues creuses et à pommettes saillantes. Cet amaigrissement subit fut même en général d'un bon augure.

Un grand nombre de malades, surtout dans le commencement de l'épidémie, ont succombé dans le cours de cette période, les uns aux accidens cérébraux, les autres et les plus nombreux, par suite de pneumonie intercurrente, ou de ces pneumonies hypostatiques signalées dans ces derniers temps, et si fréquentes dans la maladie qui nous occupe; enfin quelques-uns à des accidens abdominaux, accidens qui, certes, n'ont pas été les plus prédominans dans cette épidémie, et cela bien heureusement, car nous n'avons pu sauver aucun des individus qui ont présenté un météorisme marqué de l'abdomen, et, chez eux, la maladie a toujours eu tendance à se rapprocher de la forme adynamique. Chez quelques personnes, nous avons observé des pétéchies, symptôme toujours alarmant, et annonçant une fin prochaine; un bien plus grand nombre nous a offert des sudamina plus ou moins abondans, sans que cette éruption, quelque étendue qu'elle eût d'ailleurs, ait paru influer, d'une manière fâcheuse, sur l'issue de la maladie. Dans le commencement, imbu des préceptes de l'école, nous avions porté un pronostic fâcheux sur les malades qui nous offraient cette éruption; mais, plus tard, nous fûmes obligés de modifier notre opinion, car, parmi ceux qui la présentèrent, nous en avons vu plus peut-être guérir que succomber, et, sous ce rapport, nous n'oublierons jamais une jeune fille du faubourg Saint-Lazare, la nommée Louise Perrot, qui nous a présenté des sudamina des plus abondans, qui occupaient, non seulement la poitrine et l'abdomen, mais encore le cou, les bras et les cuisses. Aujourd'hui, cette fille est complétement guérie, et de plus, chez elle, comme chez plusieurs autres malades, l'amélioration s'est manifestée presque immédiatement après l'apparition des sudamina.

L'époque où la troisième période commençait ne peut-être assignée d'une manière précise. Elle s'est montrée quelquefois du 12e au 20e jour, mais, le plus ordinairement, c'était du 25e au 35e, rarement plus tard. Ceux des malades qui, après avoir échappé aux accidens de la seconde période, pouvaient atteindre cette troisième, présentaient les symptômes suivans: la fièvre et le délire diminuaient; en même temps que la surdité disparaissait, revenaient les bourdonnemens d'oreilles, qui, eux-mêmes, cessaient bientôt; la face perdait sa coloration et était pâle, amaigrie; les yeux sans rougeur; la langue s'humectait et perdait son enduit, quelles que fussent, du reste, son épaisseur et sa couleur; les dents perdaient aussi leur brillant mat, et cessaient d'être sèches; la soif était nulle; les nuits étaient meilleures, et le délire nul, ou presque nul; le ventre, s'il avait été météorisé et douloureux, cessait de l'être; la toux était plus rare, l'expectoration plus facile; le râle diminuait de jour en jour d'intensité, sans cesser tout-à-fait, car, long-temps encore dans la convalescence, l'oreille en percevait; les selles étaient plus rares, plus consistantes, et perdaient leur couleur jaune si caractéristique; les urines déposaient de nouveau; enfin, une convalescence plus ou moins franche se manifestait.

Dans cette période, quelques malades ont encore succombé, les uns à une exacerbation rapide et souvent sans cause connue de tous les accidens, quelques-uns à une hémorrhagie intestinale, et un seul, à notre connaissance du moins, à une perforation des intestins. Bien que l'autopsie n'ait point été faite, nous ne pouvons, dans ce cas, attribuer la mort à une autre cause, car cette malade, que nous avions laissée la veille dans un état satisfaisant et en pleine convalescence, succomba dans l'espace de quelques heures, après avoir éprouvé, nous dit son mari, des douleurs atroces dans le ventre. Or, dans cette convalescence si bien établie, nous ne voyons guère que deux causes susceptibles de produire de semblables accidens, savoir, une indigestion ou une perforation intestinale, et, comme les informations que nous prîmes ne nous permettent pas d'admettre la première, nous sommes en quelque sorte forcés de regarder comme certaine l'existence de l'autre. Dans cette même période, un assez grand nombre de malades tombèrent dans une faiblesse et une prostration vraiment effrayantes, et nous en avons vu plusieurs qui, bien évidemment, n'ont pas succombé à une autre cause. Nous reviendrons sur ce fait en parlant du traitement.

La description que nous venons de donner de l'épidémie est *générale*, c'est-à-dire qu'elle présente la marche que la maladie a suivie dans la très-grande majorité des cas. Cependant, quelques malades nous ont présenté des anomalies qu'il nous paraît important de

faire connaître, au moins d'une manière succincte. Ainsi, nous avons soigné deux personnes, un homme et une femme, chez qui la céphalalgie a présenté cela de particulier, que son siége était dans le côté droit de la tête, borné à un espace qu'aurait recouvert une pièce de deux francs, et était tellement violente, que les malades se roulaient par terre, poussaient des cris déchirans, et demandaient la mort. Ainsi, dans plusieurs faits que nous trouvons dans nos notes, la céphalalgie a été nulle, mais il a existé une épigastralgie des plus violentes, et qui ne cessa qu'au troisième jour. Ainsi, chez quelques individus, il y eut, pendant plusieurs jours, des vomissemens de bile âcre, d'un vert porracé ; d'autres, au commencement de la convalescence, se plaignirent d'un goût d'œufs pourris dans la bouche, goût qui persista long-temps, et que ne purent détruire ni les boissons ni les pastilles chlorurées, mais dont les purgatifs salins abrégèrent la durée, dans quelques cas. Chez un homme, nous avons observé une hématurie, et chez une femme, une ménorrhagie abondantes, qui *jugèrent*, pour ainsi dire, la maladie, qui se termina favorablement. Bien que, comme nous l'avons déjà dit, l'affection typhoïde n'ait pas présente un caractère adynamique, nous avons cependant observé plusieurs escarrhes gangreneuses, et notre esprit est encore péniblement frappé du souvenir d'une petite fille, qui fut enlevée dans l'espace de cinq jours. Dès le début, cette malheureuse fut frappée à mort; en effet, au dixième jour, bien qu'elle fut fraîche, grasse et bien portante auparavant, elle présenta de larges et profondes escarrhes gangreneuses aux fesses, au dos, sur des vésicatoire appliqués aux jambes, et enfin une angine gragreneuse, avec escarrhe à l'extérieur, qui termina les souffrances de cette intéressante malade, fille d'un nommé Florentin Gautier. Les parotides ont été fort rares ; pour notre compte, nous n'en avons point observé. M. Bernier, chirurgien à Mont, nous a dit en avoir vu, mais toutes avortèrent. Nous avons observé, chez quelques malades, le développement d'un assez grand nombre de furoncles et de petits abcès, et, sous ce dernier rapport, aucun fait n'est plus remarquable que celui de la fille Gonin, de Prant, qui, au commencement de la convalescence, vit successivement se former, sur toute la surface de son corps, une trentaine d'abcès superficiels, les uns, gros comme une aveline, les autres, comme une noix.

Nous le répétons, il ne nous a pas été donné de pouvoir remonter à la connaissance des causes premières, sous l'influence desquelles s'est développée l'épidémie. Mais, du moins, nous pouvons hardiment nous prononcer pour son mode de propagation par infection. Sans entrer, à ce sujet, dans des discussions qui nous feraient sortir des limites que nous devons nous imposer, nous dirons que l'épidémie dont nous venons d'être témoins nous a fourni bien des faits qui mettent au grand jour cette vérité. Parmi ces faits, nous n'en citerons que deux, mais les autres sont tout aussi concluans. La nommée Georget de Nousilly va, avec sa maîtresse, à Berry, bourg situé à quatre lieues de chez elle, passer quelques jours ; elle visite plusieurs fois une personne atteinte de l'épidémie. A peine de retour de son voyage, elle tombe malade, et bientôt la dothinentérie se répand dans son village, jusqu'alors épargné. Vers la fin de l'épidémie, la nommée Louise Perrot, dont nous avons déjà parlé, va, à trois lieues de Loudun, soigner sa sœur et son beau-frère, atteints de l'épidémie, et elle en est frappée elle même, aussitôt après son retour à la ville. Nous ajouterons encore que, dans un grand nombre de maisons, tous, ou presque tous les habitans sont tombés malades les uns après les autres, et d'abord ceux qui étaient le plus souvent en contact avec les premiers malades pour leur donner des soins, et c'est même presque exclusivement dans ces cas que nous avons observé des malades, surtout parmi les femmes ayant dépassé l'âge pour lequel la dothinentérie a réellement une funeste prédilection.

Le pronostic était presque toujours fâcheux. En effet, le quart au moins, et dans le commencement de l'épidémie le tiers a succombé, et nous ne croyons pas dépasser le chiffre réel des morts, en le portant de cinq à six cents, tant pour la ville que pour les campagnes comprises dans un rayon de deux à trois lieues. La mortalité a surtout porté sur les individus âgés de 18 à 26 ans. Peu d'enfans et de personnes au-dessus de 35 à 40 ans ont succombé.

Le mode de transmission de la dothinentérie par infection, étant depuis long-temps, pour nous, tout à fait démontré par des faits irrécusables, nous avons toujours regardé comme un devoir de recommander aux personnes, qui entouraient les malades, de ne rester auprès d'eux que le temps nécessaire, de se relever entre elles, de renouveler souvent l'air de l'appartement, et, quand la chambre n'offrait pour toute ouverture qu'une seule porte, de laisser celle-ci ouverte et d'allumer un grand feu dans la cheminée, de manière à établir un courant d'air ; d'enlever immédiatement les matières excrétées par les malades, de faire des fumigations avec le vinaigre, de s'en laver les mains et le visage ; enfin, quand, ce qui n'a pas été très rare, nous avons trouvé deux, trois et quatre malades dans la même maison, nous avons eu recours aux aspersions d'eau chlorurée sur leurs lits et dans la chambre.

On peut dire que, dans le commencement de l'épidémie, les médecins, effrayés de cette prostration profonde dans laquelle les malades tombaient si promptement, n'ont point eu recours assez souvent aux évacuations sanguines générales : s'ils l'eussent fait, peut-être auraient-ils sauvé plus de malades. Ce reproche, au reste, doit s'adresser à nous aussi bien qu'à nos confrères. Voici, à cette époque, en quoi consistait notre traitement, et nous pouvons dire celui des autres médecins, d'après les consultations auxquelles nous avons été appelé, et les conférences particulières que nous avons eues avec nos collègues. Dès le début, application derrière les oreilles, de 12 à 20 sangsues, compresses froides sur la tête et bains de pieds sinapisés aussitôt après la chûte des sangsues ; sinapismes aux extrémités, boissons délayantes, diète, lavemens émol-

liens, cataplasmes de même nature sur l'abdomen. Chez un grand nombre de malades, il devint nécessaire de revenir aux sangsues sur les apophyses mastoïdes, et d'en appliquer une ou plusieurs fois, soit sur le ventre, soit à l'anus, pour combattre les accidens abdominaux. Les vésicatoires aux jambes, à l'application desquels tous ou presque tous les malades ont été soumis, n'ont pas paru, dans le plus grand nombre des cas, produire des effets avantageux. Aussi, plus tard nous y renonçâmes, pour donner la préférence, en raison du siége de la céphalalgie et du prolongement de la douleur le long du rachis, à un large vésicatoire appliqué à la nuque, et presque toujours la céphalalgie, le délire, la surdité, ont diminué peu de temps après. Plus tard, et nous devons déclarer que, pour nous, la lecture du *Journal hebdomadaire*, où se trouvent consignés les beaux résultats obtenus par les saignées à la clinique de M. le professeur Bouillaud, n'a pas été sans influence sur notre détermination, nous eûmes recours à la saignée générale, et dès lors, soit que l'intensité de l'épidémie eût déjà réellement diminué, soit que les succès que nous obtinmes, fussent exclusivement un effet des saignées, toujours est-il que nous perdîmes moins de malades. Nous avons vu bien des fois une ou deux saignées abattre la fièvre et faire cesser la céphalalgie, et alors, comme si, auparavant, le météorisme abdominal eut été sous la dépendance de l'affection cérébrale toujours dominante, nous avons vu beaucoup moins de malades avec des ballonnemens du ventre. Ces saignées générales ne changèrent rien au reste du traitement, et, nous le répétons, car c'est pour nous, une conviction profonde résultant d'une masse de faits, les larges vésicatoires à la nuque nous ont constamment paru avoir une prompte et heureuse influence sur la marche de la maladie.

Non-seulement les vésicatoires aux jambes ont eu, d'après notre expérience, peu de résultats avantageux, mais encore chez beaucoup de malades ils se sont gangrénés, et la chute de l'escharre, souvent épaisse d'une ou deux lignes, à laissé une plaie profonde, douloureuse. et d'une guérison souvent fort longue. Dans ces cas nous avons eu recours au chlorure de chaux, selon l'excellente méthode de M. Lisfranc, et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Le météorisme du ventre fut combattu par des embrocations huileuses et camphrées, les lavemens aromatiques et également camphrés; la toux par des loochs simples, et quand plus tard la poitrine s'embarrassait, des vésicatoires furent appliqués sur le thorax, mais sans bénéfice aucun. La diète fut sévère dans les premiers jours, mais aussitôt que l'éréthisme inflammatoire était diminué, nous permettions le bouillon de poule et de bœuf, bientôt après les décoctions de quinquina et l'eau de riz vineuse, avant même que la période de prostration fût bien établie. L'emploi de ces toniques à une époque si peu avancée de la maladie effraiera peut-être quelques personnes, mais qu'elles se rassurent; pour nous, au moins, la théorie n'est point encore ici d'accord avec les faits, et ce sont eux surtout qui doivent servir de boussole au médecin. Eh bien! sous l'influence de ces mêmes toniques, nous avons vu, et constamment vu la langue s'humecter, perdre sa coloration brune ou noirâtre, la soif disparaître, le délire sourd, qui persistait souvent, cesser entièrement, les selles devenir et moins liquides et moins abondantes, l'expectoration se faire plus aisément, enfin survenir une amélioration générale. Et comme si la contre-épreuve nous eut été nécessaire pour nous engager à persister dans l'emploi de ces toniques, d'autres faits se sont offerts à notre observation, dans lesquels, appelé fort tard, nous avons vu des malades qui avaient échappé à la première période de l'affection par les seuls efforts de la nature, tomber dans une prostration des plus grandes, et même quelques uns périr de faiblesse et d'épuisement. Dans quelques cas, au moyen des toniques, nous avons été assez heureux pour ranimer la vie prête à s'éteindre, mais dans d'autres aussi nous avons eu la douleur de voir périr ces malheureux. Telles sont les nommées Bailland, de Bernasé, Foucault, de Vielle-Basse, etc., etc.; telle eût encore été, quelques jours plus tard, la femme Bernier, de Bernasé, qui, au moment où nous traçons ces lignes, semble se ranimer et naître une seconde fois.

Comme nous l'avons dit, chez un assez grand nombre de malades il survint des accès réguliers de fièvre intermittente, quotidienne ou tierce, qui furent, avec beaucoup d'avantages, combattus par le sulfate de quinine donné à hautes doses. Nous possédons même plusieurs cas où la maladie débutant ainsi sous la forme intermittente, a été promptement arrêtée par ce moyen. Le fait le plus remarquable en ce genre est celui que nous a fourni une nommée Avril, de la Croix-Moquet, qui ne fut que six jours malade. Toutefois ce n'est pas seulement dans les cas où survinrent des accès réguliers que le sulfate de quinine nous a réussi, nous en avons encore retiré des avantages marqués dans beaucoup d'autres, où il y avait alors matin et soir exacerbations; donné alors au déclin de chaque paroxisme, ce médicament nous a paru presque toujours les diminuer d'abord, puis les suspendre entièrement.

Nous avons eu recours, chez une douzaine de malades qui avaient un météorisme très-prononcé, des évacuations alvines nombreuses et fétides, au chlorure de soude, d'après la méthode de M. Chomel, et nous croyons devoir déclarer que nous n'en avons perdu aucun, et que dès le second jour de l'emploi de ce médicament, il y eut de la diminution dans les accidens.

Les purgatifs doux et salins qui, aujourd'hui, forment à eux seuls la base du traitement employé par quelques médecins, ont été mis en usage par nous avec quelques succès dans des cas où le météorisme résistait aux moyens dont nous avons parlé, et pendant la convalescence, alors que persistaient l'anorexie, quelques envies de vomir et une bouche pâteuse. Le nitrate de potasse a souvent aussi été prescrit par nous et comme diurétique, et comme tempérant. Enfin dans les cas où l'éruption aphtheuse était abondante, nous n'avons pas employé, sans quelque avantage, des gargarismes

faits avec une décoction d'orge miellée et légèrement vinagrée. Ces gargarismes faisaient détacher les pellicules membraneuses et dégorger les follicules muqueux et les glandes salivaires, dont la sécrétion était comme suspendue.

Quelques uns de nos confrères, pour combattre des symptômes ataxiques plus fréquens au commencement de l'épidémie que vers son déclin, ont eu recours au musc, au castoréum et au camphre donnés à l'intérieur; mais nous croyons pouvoir avancer qu'ils n'en ont obtenu aucun succès. Quant à nous, nous n'avons jamais cru devoir employer ces toniques diffusibles, comme on les appelle dans le langage de l'Ecole. Un autre accident, ou plutôt une complication qui s'est présentée chez tous les malades, quelque fût d'ailleurs leur âge, n'a point été non plus combattue par nous par une médication particulière, nous voulons parler des vers, que quelques médecins ont considérés comme un symptôme important et qu'il était nécessaire d'attaquer par les spécifiques. C'est ce qu'on peut appeler faire la médecine des symptômes (non que nous renonçions toujours à cette médecine symptômatique) et la faire bien gratuitement dans beaucoup de cas; car que pouvait-on attendre, par exemple, de deux gros de mousse de mer infusés dans quatre onces d'eau, donnés par cuillerées et prescrits, à un de nos malades, par un collègue appelé en consultation!

Mais ce n'était pas tout pour le médecin que d'avoir conjuré l'orage et amené les malades à une convalescence plus ou moins complète, il lui fallait encore surveiller avec soin cette même convalescence, et l'on n'a eu que trop d'exemples malheureux de rechûtes déterminées par quelque imprudence dans le régime, et qui se sont terminées par la mort. Un grand nombre de convalescens étaient tourmentés par un appétit vorace, et ceux qui ne voulant pas écouter les sages conseils de l'homme de l'art satisfaisaient cet appétit sans cesse renaissant, devenaient bouffis, la diarrhée, la fièvre, la tympanite reparaissaient, accidens qui ne cédèrent pas toujours si promptement à un régime mieux ordonné. Pendant ces convalescences fort longues, puisque quelques unes se sont prolongées pendant six semaines, deux mois et plus, les principaux soins ont dû consister à surveiller le régime alimentaire, à recommander les soins de propreté, et surtout à ordonner le changement d'air et de courtes promenades aussitôt que les forces le permettaient (1).

(1) Ce travail, soigneusement traité sous le rapport de la symptomatologie, laisse à désirer quelques autopsies qui eussent mis en evidence le genre de lésion caractéristique de la *dothinentérie*, nom que l'auteur assigne à ces fièvres graves.

(F).

N° 8. — 21 FÉVRIER.

HERNIE CONGÉNIALE DES VISCÈRES ABDOMINAUX A TRAVERS LE DIAPHRAGME, *chez un enfant mort peu d'instans après la naissance;* par le docteur ANTHONY, de Bordeaux.

FAITS ANALOGUES, CONCLUSIONS MÉDICO-LÉGALES; par le docteur FORGET.

Madame D., d'une bonne constitution, ayant eu déjà quatre enfans, arriva au terme de sa cinquième grossesse, le 22 novembre 1834. Dès le commencement du jour, quelques douleurs vagues se firent sentir. A trois heures de l'après-midi, le travail se prononça, et à quatre heures et demie, madame D. mit au monde un enfant du sexe féminin, qui poussa les premiers cris, par lesquels s'annonce ordinairement le nouvel être à son entrée dans la vie. La section du cordon ombilical fut pratiquée; peu de sang s'en écoula, la ligature ayant été faite presque immédiatement. Les membres de l'enfant étaient maigres; son corps, d'un volume ordinaire; il agitait ses bras et ses jambes et paraissait dans des dispositions favorables à la vie. Je le remis à la garde, et m'occupai de délivrer la mère. Pendant ce temps, on me prévint que l'enfant pâlissait : Je fis peu d'attention à cet avertissement, sachant que, le plus souvent, il faut peu de chose chez un enfant naissant pour inquiéter les personnes qui l'entourent. Toutefois, je m'approchai bientôt, et j'observai, en effet, que l'enfant était pâle; qu'il respirait difficilement, et que ses mâchoires étaient tiraillées par les muscles de la face et du col, dont les mouvemens convulsifs étaient semblables à ceux observés chez les enfans asphixiés, après un accouchement par les pieds. Je le plongeai aussitôt dans un bain de vin et d'eau chaude; je le retirai après cinq minutes; je fis faire des frictions avec de l'eau-de-vie sur toute la surface antérieure du corps; je le fis envelopper de flanelles chaudes; j'examinai avec attention les mouvemens de la poitrine; je cherchai à reconnaître les pulsations du cœur au lieu où elles se font ordinairement sentir : je n'en rencontrai point; je dis alors que l'enfant allait mourir, et je l'ondoyai à l'instant. Mais, en voulant embrasser avec les mains toute la partie antérieure de la poitrine pour y faire quelques légères pressions, je reconnus, dans la région droite, les pulsations très-manifestes du cœur. Je fis remarquer et palper à plusieurs parens cette position anormale de l'organe. Peu à peu les pulsations s'affaiblirent, et l'enfant cessa de vivre une demi-heure après sa naissance.

Le lendemain, vingt-deux heures après sa mort, je procédai à l'autopsie en présence de deux parens et de la garde. Le cadavre ne fut point sorti de son lit. Je pratiquai de haut en bas, sur les parties latérales de la poitrine, deux incisions réunies à leur partie inférieure. Je renversai le sternum sur le col, j'incisai quelques portions membraniformes sur le côté, et fis

quelques débridemens afin de faciliter les recherches.

A peine eus-je mis à découvert les parties contenues dans la poitrine, que j'aperçus la cavité gauche remplie, jusque sous la clavicule, de tous les intestins grêles. Je les soulevai, en portant la main en arrière, pour aller à la recherche du poumon; mais je ne trouvai qu'un corps rougeâtre, semblable à une oreillette, suspendu par un pédicule à un point correspondant au tiers supérieur de la colonne vertébrale. Je présumai que c'était là le poumon gauche dans son premier rudiment et n'ayant pu se développer. Tout le fond de la cavité était libre au dessous des intestins, lesquels, cependant, recouvraient la rate, contenue aussi dans la cavité pectorale. Cette rate était placée immédiatement au dessus de l'estomac, lequel occupait sa place ordinaire. Le diaphragme n'existait point de ce côté. L'abdomen était occupé par le foie et par les gros intestins, dont les tuniques réfléchissaient la couleur du meconium, qu'on apercevait à travers leurs parois. La cavité abdominale n'en formait qu'une avec la cavité pectorale gauche, en raison de l'absence de la portion du diaphragme correspondant à cette partie.

Le côté droit du thorax me présenta le poumon et le cœur dans leur état normal. Je divisai le péricarde; il s'en écoula une sérosité limpide; j'y plongeai la main, et présentai le cœur aux personnes présentes : il était de la grosseur ordinaire, ayant une position semblable à celle qu'il aurait occupée dans la cavité gauche, c'est-à-dire que sa base correspondait en dehors et sa pointe en dedans, et à la même hauteur. Il ne m'a présenté d'autre anomalie que celle de son déplacement. L'artère pulmonaire n'existait que pour ce poumon droit. Il n'y avait également qu'une bronche qui n'était que la continuation de la trachée, car il n'y avait point de bifurcation. Le poumon était sain; néanmoins il m'a paru plus volumineux, et contenant plus d'air qu'à l'état normal; il semblait avoir été insufflé avec force.

En explorant la partie inférieure de ce côté, je reconnus que le diaphragme régnait depuis la partie moyenne, en partant de la base du sternum, jusque postérieurement, à la colonne vertébrale. Cette région thoracique droite me parut dans toutes les conditions voulues et ordinaires d'organisation. Rien ne se serait opposé, je pense, à la vie de l'enfant, si le côté gauche eut été dans le même état normal que le côté droit. Aucune autre anomalie ne m'apparut dans le reste du corps.

———

A la lecture de cette observation, une question capitale se présente, question de haute importance en médecine légale : Cet enfant est-il né viable? A ne consulter que le résultat, dans le cas actuel, la réponse sera négative, car l'accouchement n'a point été laborieux, l'enfant a crié et respiré; il a reçu tous les soins nécessaires, et pourtant il est mort, malgré l'extrême dilatabilité du poumon sain et l'absence de toute autre anomalie que cette agénésie du diaphragme d'un côté et l'atrophie du poumon correspondant, déterminée sans doute par la pression du paquet intestinal. Pour éclairer ce point de doctrine, nous avons fait quelques recherches. D'abord, nous avons éliminé tous les cas de blessure ou rupture accidentelle du diaphragme pour nous en tenir à ceux d'absence ou de perforation congéniales.

Dans la séance de l'Académie royale de Médecine du 11 janvier 1825, M. Baron a présenté le cadavre d'un fœtus à terme, dont le diaphragme était percé d'une ouverture arrondie, à bords lisses, située dans le côté droit, près du pilier, et par laquelle l'estomac et la totalité des intestins grêles, ainsi qu'une grande portion du lobe droit du foie, ont passé dans la cavité thoracique. Le reste du diaphragme est parfaitement conformé (*Archives gén.*, tome VII, p. 142). On ne dit point si l'enfant a respiré ni comment il est mort; mais il est probable, d'après l'observtion même de M. Anthony, que la hernie diaphragmatique est ce qui l'a empêché de vivre.

Une autre observation de hernie diaphragmatique congéniale qui, par les détails anatomiques, présente la plus grande analogie avec celle de M. Anthony, se rencontre dans les *Transactions médicales*, tome XII, p. 359, sur un avorton mort-né de cinq mois et demi, observé par M. Destrès. Ici, tout le côté gauche du diaphragme manquait également, et ce côté de la poitrine était envahi par l'intestin grêle et une portion du foie; les poumons étaient refoulés; le cœur, repoussé dans la cavité droite, etc. Comme ce fœtus n'était pas à terme, et que surtout d'ailleurs il était anencéphale, le fait ne prouve rien pour la question dont il s'agit, et n'offre de l'intérêt que sous le point de vue anatomique et tératologique.

Vainement nous avons cherché des cas analogues dans les ouvrages de Bonnet, Morgagni, T. Bartholin, Stalpart-vander-Wiel, qui, pourtant, rapportent certains cas d'anomalies du diaphragme, mais autres que la hernie congénitale. Or, les cas de ce genre que nous avons rencontrés ailleurs ont tous été trouvés chez des individus d'un certain âge, et semblent ainsi résoudre affirmativement la question de viabilité. C'est ainsi qu'au rapport de Percy (*Dictionnaire des Sciences médicales*, art. *Diaphragme*), Diemerbroëck, que nous n'avons pas consulté, assure avoir vu le diaphragme manquer totalement chez un enfant de 7 ans, qui, pendant la vie, n'avait éprouvé, pour toute incommodité, qu'une toux fréquente qu'il avait apportée en naissant. Tels sont les seuls détails donnés par Percy, et probablement par l'auteur original.

On trouve, dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences*, année 1729, une observation communiquée à Helvétius par Chauvet, de Toulon, et dont voici le résumé : Un lieutenant-colonel étant mort après de longues souffrances, on fut très-étonné de rencontrer l'estomac dans la cavité gauche de la poitrine; la rate passée à moitié dans cette même cavité par un trou particulier fait au diaphragme, et le colon pénétrant par une autre ouverture dans la poitrine, dont il ressortait par une autre voie. L'auteur présume que

cette quadruple perforation du diaphragme était congéniale.

Benjumada rapporte qu'en 1815 un matelot vint mourir à l'hôpital de Cadix, des suites d'une blessure par arme blanche entre la septième et la huitième côte gauches. Quelle que fût la direction de cette blessure, l'estomac parut lésé. En effet, à l'autopsie, l'on trouva la cavité gauche de la poitrine plus ample que la droite, et cette cavité gauche, remplie en presque totalité par l'estomac; le cœur étant dévié à droite. L'estomac avait pénétré par une ouverture ovale, d'un demi-pouce de diamètre, bordée d'un cercle tendineux de trois lignes de largeur. Les autres détails anatomiques ne nous intéressent pas (*Journal général de médecine*, tome LXIII, p. 17.)

Un homme, ayant reçu, dix ans auparavant, un coup de lance qui s'était arrêté à la face externe de la septième côte, fait, d'un lieu élevé, une chute depuis laquelle sa santé languit; ses digestions se troublent; des vomissemens spontanés ont lieu fréquemment, avec douleurs dans l'intérieur de la poitrine. Il entre à la Charité avec les signes apparens d'une pleurésie; mais la percussion du côté gauche donne un son clair. Il meurt le troisième jour. A l'autopsie, M. Philippe Béclard trouva une ouverture insolite du diaphragme, située dans la portion aponévrotique, irrégulièrement arrondie, de douze à quinze lignes de diamètre, à bords mousses, épais, organisés, laissant pénétrer, dans la cavité gauche de la poitrine, la plus grande partie de l'estomac et une portion considérable du grand épiploon. Le cœur était repoussé sur la ligne médiane; le poumon gauche comprimé, réduit à un petit volume, est sain et crépitant; le poumon droit a son volume ordinaire (c'est la première fois que, dans les observations que nous avons recueillies, l'état des poumons se trouve mentionné). L'auteur de l'observation ne se prononce pas sur l'origine congéniale ou accidentelle; nous penchons pour la seconde hypothèse; mais dans le doute, nous la reproduisons, surtout à cause des particularités relatives à l'état des poumons (*Journal général*, tome LXXI, p. 388).

Dans le bulletin de la séance de la *Société anatomique* du 21 mars 1833, nous voyons ce qui suit : M. Cruveilhier présente le cadavre d'une vieille femme qui a succombé à des accidens d'étranglement interne, auxquels elle était sujette. A l'ouverture de la poitrine, on a découvert un énorme paquet intestinal, coiffé de deux feuillets séreux (péritoine et plèvre), et qui, de l'abdomen, était passé dans le thorax, en écartant le diaphragme et refoulant le cœur à droite. C'est un beau cas de hernie diaphragmatique qu'on a lieu de croire congéniale.

Si, maintenant, nous cherchons à déterminer le point essentiel de la question que nous nous sommes posée, celle de la viabilité, nous verrons qu'il réside manifestement dans l'état des poumons. Or, dans tous les cas où le sujet a vécu avec une hernie diaphragmatique, et où des détails ont été transmis sur l'état des poumons, nous voyons que ces poumons n'ont été que refoulés, sans cesser d'être perméables, tandis que, dans l'observation de M. Anthony, le poumon gauche est complétement atrophié; aussi, voyons-nous encore, par les détails de l'autopsie, que, dans ce dernier cas, le poumon droit a fait effort pour suppléer son congénère, car il était *volumineux, contenant plus d'air comme insufflé;* et, s'il est vrai qu'il n'existait pas d'autre anomalie organique fondamentale, on en conclura que le défaut de viabilité dépendait de l'absence absolue du poumon gauche, en tant qu'organe respirateur. Néanmoins, lorsqu'on songe que dans certaines maladies, telles que l'hydrothorax chronique, l'affection tuberculeuse, etc., la vie persiste long-temps encore, malgré la complète oblitération d'un poumon, on hésite à considérer ce fait comme cause absolue du défaut de viabilité, surtout pour le fœtus, qui, n'ayant point encore respiré, semblerait devoir plutôt s'accommoder d'une respiration incomplète. A cet égard, nous ne pouvons que former des vœux pour que de nouveaux faits viennent éclairer la question.

En attendant, nous pouvons, d'après les faits observés jusqu'à ce jour, établir en principe, 1° que l'agénésie du diaphragme et la hernie des viscères gastriques dans le thorax n'est pas un caractère absolu de non-viabilité; 2° que l'atrophie complète d'un poumon, avec hernie diaphragmatique, est probablement un caractère suffisant de non-viabilité.

Il est bien entendu que nous faisons abstraction de l'étranglement que les intestins peuvent subir par l'ouverture du diaphragme, et des autres désordres graves qui peuvent accompagner les déplacemens des viscères du thorax et de l'abdomen.

DOCTRINES MÉDICALES.

—

DE L'HUMORISME RATIONNEL (1), par C. FORGET.

ART. VIII. — *De l'influence que les sécrétions du tube digestif exercent dans les maladies en général.*

Nous allons aborder quelques unes des questions les plus importantes de l'humorisme; examiner quelques uns des points capitaux sur lesquels pivotèrent les doctrines de l'antiquité; analyser cette théorie des *saburres* qui régna si long-temps, à laquelle les modernes ont adressé des attaques si virulentes et si dédaigneuses à la fois; mais on verra combien notre humorisme diffère du galénisme pur, et combien la physiologie peut prêter de lumières à l'empirisme. Pour éloigner de prime abord tout soupçon de principes exclusifs et rétrogrades, nous ferons aux solidistes une large concession : c'est que les modifications dans les humeurs sécrétées

(1) *Voir* tome XXV de l'Encyclo. G, p. 80.

en font souvent supposer dans les organes sécréteurs ; souvent, disons-nous, car nous savons déjà que certains élémens peuvent traverser les filières de l'économie, filtrer, pour ainsi dire, sans changer de nature, et paraître au point d'émergence avec les qualités qu'ils avaient au point d'immersion ; nous savons, en outre, que les fluides primitifs, chyle, sang, lymphe, peuvent, par leurs qualités propres, impressionner diversement les organes sécréteurs, de sorte que l'influence de ceux-ci sur les produits sécrétés dérive elle-même d'une origine humorale. Ce n'est pas notre faute si, à mesure que nous avançons, les problèmes vont se compliquant de plus en plus ; ainsi l'a voulu la nature, qui, dans ses œuvres organisées, s'est plue à multiplier les combinaisons, à placer, comme déjà nous l'avons dit, le centre partout et la circonférence nulle part.

Pour éviter la confusion, nous prendrons acte une fois pour toutes des formules énoncées dans nos chapitres précédens et de celles qui surgiront par la suite, et nous allons envisager la sécrétion à son point patent d'origine, en suivant l'ordre topographique ou successif des viscères. Par sécrétion, nous entendons le produit collectif des sécrétions membraneuse et folliculeuse, à part l'exhalation sanguine dont l'histoire appartient aux hémorrhagies.

1° Chacun sait combien varie la sécrétion *buccale* (abstraction faite de la salive), et personne n'ignore combien de ressources précieuses elle fournit au diagnostic ; blanche, jaune, verdâtre, brune, noire, insipide, salée, acide, amère, nauséeuse, inodore, fétide, nulle, abondante, ténue, épaisse, fluide, plastique, etc., la sécrétion folliculeuse comporte une foule de modifications dont chacune, philosophiquement parlant, suppose de nécessité sa cause spéciale, sa raison suffisante. Nul doute que l'irritation ou l'atonie du follicule n'aient, dans beaucoup de cas, influence directe sur le produit sécrété, et ceci nous paraît surtout explicable aux modifications de quantité et de densité ; mais l'irritation en plus ou en moins suffira-t-elle donc pour expliquer toutes ces nuances ? Quelques uns répondront oui ; mais une assertion n'est pas une démonstration, et nous leur dirons : Prouvez, Si, de notre part, nous manquons de notions positives sur le mécanisme de la plupart de ces modifications, il est quelques unes de celles-ci qui peuvent s'expliquer de la manière la plus simple et la plus rationnelle. 1° *Quantité.* Ici, nous venons de le dire, le solidisme triomphe, car l'expérience à démontré que la somme des sécrétions, est, en général, assez en rapport avec le degré de stimulation ou d'atonie de de l'organe sécréteur ; et pourtant la stimulation est exprimée par l'*afflux du sang*, l'atonie par la *perméabilité* des tissus... Quoiqu'il en soit, nous admettons une modification organique comme cause formelle fréquente. 2° *Densité.* Le solidisme démontre encore que l'irritation et l'atonie peuvent modifier la consistance des exhalations : un premier degré de stimulation produit l'exhalation séreuse, un second produit du pus ; mais nous ne sachons pas que l'art ait podruit à volonté cette autre modification appelée speudo-membraneuse. Que l'irritation soit un élément de sa formation, cela paraît démontré, mais ce n'est pas tout ; la diphtérite n'est pas une inflammation comme les autres ; dire en quoi elle diffère, nous ne le pouvons ; mais, ce que nous savons bien, c'est l'analogie des concrétions pseudo-membraneuses avec la fibrine du sang ; ce que nous savons encore, c'est qu'on parvient à diluer cette exhalation plastique au moyen de boissons abondantes. 3° *Couleur.* Ici l'humorisme reprend sa suprématie, et le degré d'irritation n'explique plus rien ; la couleur blanche paraît être la nuance naturelle de l'exhalation folliculaire morbide, du moins est-ce la plus commune; elle est ordinaire chez les sujets lymphatiques, débilités et caractérise les affections catarrhales. La couleur jaune est le cachet des affections dites bilieuses, fébriles, ou non fébriles et, si l'on songe à la teinte ictérique, aux déjections bilieuses, au goût amer qui l'accompagnent, on sera forcé de reconnaître que les élémens de la bile sont pour quelque chose dans cette coloration qui varie du jaune pâle au verdâtre. Que la rougeur des bords et de la pointe de la langue indiquent un degré d'irritation, cause suffisante de la sécrétion elle-même, toujours est-il que la coloration est une particularité que l'humorisme peut seul expliquer. On a beaucoup parlé de la couleur *noire*, de l'enduit fuligineux de la bouche, qu'on a donné comme l'expression d'un haut degré d'irritation gastro-intestinale. Or, la coloration de cet enduit n'est, dans beaucoup de cas, dans tous, a-t-on dit, qu'un effet accidentel du dessèchement, soit que le dessèchement résulte de la chaleur des parties ordinairement en rapport, effectivement, avec l'intensité de l'irritation, soit qu'il résulte du passage de l'air par la bouche chez un malade qui ne respire pas par le nez. En effet, on observe cet enduit dans les cas d'affections bénignes chez les individus qui respirent la bouche ouverte, et, pour le faire disparaître, il suffit souvent de les engager à respirer par les narines. Voilà ce que constatent le raisonnement et l'observation journalière, et pourtant nous ne répugnons pas non plus à voir une cause suffisante de l'enduit fuligineux dans cet état putride des anciens, dans lequel les modernes ont constaté de véritables lésions humorales, et, en effet, l'observation a également constaté que l'enduit croûteux de la langue et des lèvres, dans les affections adynamiques, typhoïdes, est parfois le produit d'une exsudation sanguine, véritable hémorrhagie passive, cachectique, lente, exhalation qui se dessèche à mesure qu'elle se forme. On voit, d'après cela, combien l'enduit fuligineux perd de sa valeur comme expression directe d'une phlegmasie viscérale. 4° *Odeur.* Qu'elle soit aigre, nauséeuse, fétide, etc., l'odeur n'a rien de commun avec l'irritation : elle résulte soit de l'idiosyncrasie du sujet, soit de l'état de la bouche, soit, plus souvent, de celui des organes digestifs. Quelques individus, les femmes, les enfans, les sujets scrophuleux ont habituellement l'haleine aigrelette, l'embarras gastrique rend également l'haleine aigre et fétide. La malpropreté des dents, leur altération, l'occlusion, pro-

longée de la bouche, pendant le sommeil, certaines affections des voies aériennes communiquent à l'haleine plus ou moins de fétidité; la dipthérite, la gangrène de la bouche, toutes les affections dites putrides produisent le même effet, et, dans toutes ces modifications, on ne peut raisonnablement voir que des effets physiques, des lésions humorales, indépendantes en elles-mêmes des altérations organiques 5° *Saveur.* Nous ne savons pourquoi la sécrétion buccale affecte une saveur fade, aigre, salée, mais cela tient probablement à la nature du produit plutôt qu'à la lésion pathologique de l'organe sécréteur. La saveur amère dans les affections bilieuses tient très-vraisemblablement à la présence des élémens de la bile. Nous ne parlons ni de la salive, ni des crachats, ni des régurgitations. 6° *Composition.* Nous ne savons rien sur les variations des principes constituans des sécrétions folliculeuses buccales, et pourtant c'est dans cette analyse qu'il conviendrait de chercher l'explication des phénomènes précédemment étudiés. La seule chose que nous sachions, c'est que les productions pseudo-membraneuses, comme nous l'avons dit, ont de l'analogie avec la fibrine, que certaines incrustations présentent les élémens du sang; aussi, le diagnostic et la thérapeutique se sont-ils emparés de ces données pour en déduire d'heureuses applications.

Il résulte de ce qui précède que, si les mucosités buccales sont, dans beaucoup de cas, influencées par l'état organique des tissus producteurs, il en est d'autres où elles reçoivent leurs modifications soit des liquides générateurs, soit des circonstances extérieures, ce qui importe essentiellement au diagnostic et à la thérapeutique.

II. Les sécrétions *gastriques* sont celles qui soulèvent les questions les plus capitales. Sur ces questions reposent les systèmes rivaux : il s'agit de savoir lesquels ont raison des solidistes ou des humoristes exclusifs. Nous croyons, nous, qu'ils ont tort les uns et les autres. Si, d'une part, il est incontestable que les lésions viscérales influencent les produits de sécrétion, de l'autre, il est manifeste que ces produits peuvent varier, affecter des aspects morbides, constituer des maladies, sans lésion appréciable des tissus, et susciter *per se* des phénomènes morbides. Nous n'avons point à rechercher ici qu'elle est l'origine précise du suc gastrique, et s'il diffère des autres sécrétions intestinales. Ce qui nous importe, c'est d'en étudier les modifications dans leurs rapports avec l'organe où elles se produisent. 1° *Quantité.* Il est des personnes lymphatiques, catarrheuses, nerveuses qui sont sujettes à des régurgitations abondantes, et sur lesquelles l'estomac n'accuse aucun des signes constitutifs de la phlegmasie, ce qui n'implique pas l'absence de toute autre modification organique; mais, quelle que soit cette modification, il n'en est pas moins vrai que c'est dans l'abondance du fluide sécrété que gît l'incommodité. Souvent ces personnes sont soulagées par des vomissemens qui ont lieu surtout le matin, et, la matière expulsée, le calme est rétabli pour le reste de la journée. D'autres se soulagent en prenant quelques alimens, solides dont l'action probable est de s'imbiber de ces liquides surabondans. Dans l'un et l'autre cas, c'est la *matière* qui est soustraite, l'agent thérapeutique agit par un mécanisme uniquement humoral. Chez ces personnes, l'estomac *sue* abondamment, suivant l'expression de M. Andral, comme, chez d'autres, la peau, et les modificateurs de l'organe témoignent ici moins de puissance que la nature ou l'instinct. Néanmoins, la thérapeutique a tiré parti de cet aperçu de doctrine humorale : Une femme était affectée de ces vomissemens abondans, acides, qu'on pourrait dire *essentiels*; chez elle l'opium, la magnésie et d'autres remèdes étaient restés sans effet; M. Piorry lui recommanda, d'une part, de s'abstenir d'avaler sa salive, et, de l'autre, la soumit à l'abstinence des boissons. Je ne sais pas au juste ce qui est résulté d'un pareil traitement, toujours est-il qu'il nous parut très-rationnel.

Lorsque les matières gastriques ne sont pas vomies ou accumulées au point de se révéler par la percussion, on ne peut, comme de raison, en apprécier la quantité; néanmoins, lorsque la langue est saburrale, lorsqu'il y a pesanteur, anxiété à l'épigastre, il y a lieu de croire que la muqueuse gastrique est dans un état analogue à celui que présente la langue, et les anciens, comme beaucoup de modernes encore, caractérisaient cette affection par le terme expressif d'*embarras gastrique.* L'indication naturelle, triviale en quelque sorte, est d'évacuer, de balayer les surfaces, et les vomitifs, appliqués à propos, réussissent à merveille. Ici, le solidisme fait valoir une impression exercée par le remède sur les surfaces exhalantes, et, franchement, il faut en tenir compte; mais il n'en résulte pas moins que, l'évacuation opérée, les surfaces se nettoient et le mal est enlevé. Défiez-vous pourtant de la complication phlegmasique, et craignez de substituer une inflammation à une simple hypersécrétion muqueuse. 2° *Densité.* Nous ne savons rien à cet égard, que ce qui se trouve implicitement compris dans ce qui vient d'être dit, savoir, que l'exhalation peut être séreuse où tenace, être rendue par vomissement naturel ou *invisquer* les surfaces et nécessiter le vomissement artificiel. 3° La *couleur* des matières vomies varie singulièrement; elles peuvent être blanches, jaunes, vertes, brunes, noires, etc. Les matières jaunes et vertes paraissent emprunter cette couleur au mélange de la bile, celles brunes et noires, à l'exhalation sanguine; dans ces divers cas, les sucs gastriques ont subi des mélanges hétérogènes, des additions d'humeurs qui leur communiquent un aspect le plus souvent indépendant d'une altération morbide des surfaces gastriques. 4° L'*odeur* des matières vomies donnent lieu aux mêmes considérations. 5° Relativement à la *saveur*, nous aurions à répéter ce que nous avons dit de la sécrétion buccale : l'amertume est, le plus souvent, due au mélange de la bile; le goût nidoreux, nauséabond, putride est l'effet probable du développement de certains gaz dans l'estomac, gaz qui, nous le croyons, peuvent être exhalés par la muqueuse, mais qui souvent aussi sont vraisem-

blablement le produit de la décomposition des matières gastriques. Arrêtons-nous un instant à la saveur acide. Cette saveur coïncide ordinairement avec la supersécrétion dont nous avons parlé. Elle est si commune, qu'on en a fait un attribut spécial du suc gastrique, et que les anciens considéraient le *ferment* de la digestion comme de nature acide. Les acides gastriques jouaient donc un grand rôle dans la pathologie humorale, et, de ce rôle, il est resté quelque chose dans l'opinion des modernes. On sait combien les régurgitations acides sont fréquentes chez les enfans, les individus lymphatiques, catarrheux, etc., et croyez-vous qu'alors les praticiens s'adressent aux tissus? Pas du tout : ils agissent dans l'estomac comme dans une cornue; ils y portent des poudres absorbantes, de la magnésie calcinée, dans le simple but de *neutraliser* ces acidités. Sylvius n'eût pas fait autrement, et l'expérience prouve qu'il eût bien fait; ce n'est pas à dire qu'il ne faille pas travailler à changer la constitution du sujet, et l'on y arrive par des moyens qui ne s'adressent pas toujours aux solides. 6° *Composition.* Depuis Réaumur, Spallanzani, G. Hunter, etc., on s'est beaucoup occupé de l'analyse du suc gastrique, et nous n'en sommes guères plus avancés sur ses variations pathologiques; c'est qu'en effet ce fluide est très-composé, et qu'il est difficile, sinon impossible, de l'isoler des principes qui lui sont étrangers. L'analyse, d'ailleurs, ne rend pas compte d'un phénomène très-extraordinaire observé par G. Hunter, et nouvellement constaté par M. Carswell, c'est l'action corrosive qu'il exerce sur le tissu même de l'estomac *après la mort.* Mais ce ramollissement, que M. Cruveilhier nomme pultacé, pour le distinguer du gélatiniforme, ne peut-il donc s'opérer que sur le cadavre? Les limites entre la vie et la mort sont-elles si tranchées que, tant qu'il existe un souffle, telle substance qui, dans un instant, décomposera les tissus, n'exerce actuellement qu'une action parfaitement innocente? Je crains bien que ce suc gastrique ne soit pour quelque chose dans ces perforations intestinales, qui, tout à coup, surviennent chez des individus affectés de ce qu'on appelle gastrite chronique, et parfois en pleine convalescence. Ceci pourtant n'est qu'une hypothèse qui demande vérification.

Quelle que soit l'origine organique ou humorale des sécrétions gastriques, une question secondaire se présente à examiner : Pense-t-on qu'il soit indifférent de laisser séjourner les matières anormales ou viciées dans la cavité gastrique? Les anciens disaient que non, et l'expérience le dit encore, puisque l'émétique, en même temps qu'il procure des évacuations, dissipe le cortége des symptômes. Mais, ce qui n'est pas évident pour l'estomac, va le devenir pour les intestins.

De ce qu'on a vu dans les paragraphes précédens, il résulte : 1° que les matières gastriques, modifiées ou non par les organes sécréteurs, peuvent devenir cause de maladies par le fait de leurs altérations intrinsèques; 2° qu'il importe de tenir compte de ces humeurs altérées, et de chercher, soit à les évacuer, soit à les modifier pour arriver à la curation de certains états morbides; 3° que les théories des anciens, relativement aux saburres, aux lésions humorales des premières voies, doivent être acceptées dans de certaines limites par la pathologie moderne.

III. Pour les intestins, moins encore que pour l'estomac, il nous est possible d'isoler la sécrétion des parois *intestinales* de celles qui dérivent des organes annexes : d'une part, le chyme, de l'autre, la bile et le suc pancréatique viennent s'y mêler et constituer une masse complexe que souvent nous serons forcés d'envisager collectivement. Relativement à la *quantité,* nous avons à mentionner certaines diarrhées d'aspect particulier, en tête desquelles se trouvent la diarrhée cholérique et la lienterie. Dans le chaos des théories imaginées sur le choléra, il en est une qui surgit simple, rationnelle, je dirais presque démontrée, si ce mot était français en médecine: c'est celle qui considère cette affection comme résultant formellement du départ des liquides qui viennent ruisseler à la surface des intestins, comme dans d'autres circonstances ils viennent aboutir aux organes urinaires pour produire le diabétès. Que cet appel soit l'effet d'une lésion intestinale, ce dont les autopsies n'ont pas donné la démonstration suffisante, il n'en est pas moins prouvé pour nous que la perte énorme de sérosité est ce qui produit l'asphyxie cholérique par arrêt du sang cohobé dans ses vaisseaux, et que le signe le plus favorable, l'effet qu'on doit, avant tout, s'efforcer d'obtenir, est la suspension de la diarrhée. Malheureusement on n'est pas d'accord sur les moyens d'arriver à ce résultat; mais, quels que soient les modes de traitement mis en usage, la plupart proclament les préoccupations humorales des praticiens : ceux qui cherchent un antidote ont pour but d'obvier à l'intoxication du sang; ceux qui saignent, ne se proposent pas tous d'obvier à une inflammation, la plupart, au contraire, ont pour but de prévenir la stase des liquides; ceux qui ont recours aux astringens se proposent de crisper les couloirs et de s'opposer mécaniquement au flux diarrhéique, etc. Il est un fait dont seront frappés ceux qui suivent l'évolution progressive des idées médicales, c'est que l'apparition du choléra-morbus a donné une impulsion immense à la réaction en faveur des doctrines humorales.

Il est une espèce de diarrhée à laquelle sont particulièrement sujets les extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, diarrhée atonique, passive, qui épuise et tue le malade, et à la suite de laquelle l'intestin se présente non seulement exempt d'inflammation, mais encore pâle, exsangue. C'est à propos de cette affection, décrite par M. Andral, que ce professeur emploie le terme métaphorique rapporté plus haut : l'intestin *sue* comme la peau. Dans ce cas c'est aux toniques, aux astringens qu'il faut avoir recours afin de crisper les pores béans et de s'opposer à cette colliquation, à cette fonte humorale. — Quant à la lienterie l'on ne sait trop en quoi elle consiste; mais en y réfléchissant, on trouvera rationnel, peut-être, de la rapporter, dans certains cas, aux vices de sécrétion intestinale : ici les

alimens ne sont plus digérés ; ils glissent à l'état de crudité sur une surface inerte qui ne leur fournit plus les sucs nécessaires à leur élaboration ? Enfin il est des hypersécrétions intestinales critiques ou métastatiques, par lesquelles un épanchement péritonéal, par exemple, se trouve dissipé d'une manière en apparence toute hydraulique : il semble que les parois intestinales soient un filtre à travers lequel l'eau passe de la cavité du péritoine dans celle de l'intestin. Sans doute il faut que les tissus se prêtent à cette migration ; mais le *transport humoral* n'en est pas moins manifeste et le plus heureux résultat auquel puisse aspirer la thérapeutique avec ses *hydragogues* qui ne sont pas tant à dédaigner.

Ce que nous avons dit de l'embaras gastrique est entièrement applicable à l'embarras intestinal ; l'indication ne diffère que par la forme : au lieu d'évacuer par le haut, c'est par le bas qu'il convient de chasser les matières. Ce qui est relatif à la *densité*, à la *couleur*, à l'*odeur*, à la *saveur* des matières gastriques s'applique également aux fluides intestinaux, aux modifications près qui naissent du mélange plus constant de la bile et de celles apportées par l'élaboration fécale. A l'égard de la *composition*, nous avons à faire quelques remarques essentielles qui s'appliquent à la masse entière des excrémens. Et, d'abord, sans outrer le système des causes finales, on peut admettre, que, dans l'état naturel, la composition des matières fécales est telle que l'intestin s'en trouve stimulé au degré nécessaire pour provoquer la défécation ; tous les physiologistes, d'ailleurs, sont d'accord sur ce point. Il en résulte déjà que la constitution convenable de ces matières est un élément de santé et que certains dérangemens peuvent dériver uniquement d'un défaut dans cette constitution normale. Ce principe est de notoriété vulgaire et se trouve proclamé par tous les philosophes, médecins ou non médecins, depuis Aristote et Senèque jusqu'à Montaigne et Voltaire ; les plus intrépides organiciens n'oseraient le nier ; ils s'en défendraient comme d'une injure. Or, par le fait des réactions chimiques, la composition des excrémens varie suivant la durée de leur séjour : ils deviennent d'autant plus irritans qu'ils stagnent plus long-temps dans le gros intestin ; aussi les lavemens sont-ils à l'usage de toutes les doctrines ; il n'en est pas de même des purgatifs, que les uns considèrent comme innocens, salutaires même, et que d'autres envisagent comme des remèdes incendiaires. Ceci se réduit pourtant à une règle de proportion : l'action d'un purgatif donné est-elle plus dangereuse que le séjour prolongé des matières fécales dans l'intestin ? C'est à l'observation de prononcer et, nous devons le dire, l'équation est souvent difficile à établir, car vous avez à compenser l'espèce du purgatif, la nature des matières et l'état actuel de la muqueuse intestinale. Néanmoins l'expérience a prononcé pour les cas ordinaires, elle a fait voir que l'action d'un purgatif sur un intestin non malade ou peu malade est généralement fort innocente (voir dans les *Archives générales*, 1834, les observations recueillies à la clinique de M. Andral). Il y a plus, c'est que l'administration d'un purgatif peut prévenir de grands malheurs, et souvent ce purgatif est encore le seul moyen d'obvier à ces malheurs. Nous avons récemment rendu compte d'un travail de M. Raciborski, dans lequel il a rassemblé plusieurs cas d'erreurs graves de diagnostic occasionées par la rétention des matières fécales, cas dans lesquels le purgatif a manifestement sauvé la vie aux malades ; d'autres fois, pourtant, le remède est venu trop tard, d'où il résulte qu'il faut s'y prendre à temps. Or, lorsque l'accumulation des matières fécales a produit ces désordres locaux ou généraux qui mettent la vie en danger, faudra-t-il donc vous obstiner à combattre les lésions viscérales ? Non : faites de l'humorisme ; rappelez-vous l'aphorisme *sublatâ causâ ;* évacuez les matières ; vous traiterez ensuite les organes, s'ils ne guérissent d'eux-mêmes.

Voilà pour les cas de lésions consécutives à une simple constipation ; mais lorsque celle-ci se présente avec complication de lésion digestive et comme épiphénomène d'une maladie grave, la question se complique, le tact du praticien est mis à l'épreuve. Il nous suffit, pour le moment, d'avoir établi que la rétention des matières fécales est un phénomène fâcheux en lui-même, sans parler des autres accidens qu'elle détermine, tels que les hémorroïdes, les congestions céphaliques, les infiltrations des extrémités, affections qui rentrent plus ou moins dans le domaine de l'humorisme ; passons à des conséquences plus immédiates.

Ce n'est pas seulement comme corps irritant et comme obstacle à la défécation qu'agissent les matières fécales : l'absorption est, on le sait, un phénomène universel dans l'économie ; la force d'absorption est au summum dans les voies digestives et l'on dit même que cette absorption est plus active dans le gros intestin que partout ailleurs, ce que prouve le narcotisme qu'ont parfois occasioné des lavemens faiblement laudanisés. Or, si des matières putrides disséminées autour de l'homme peuvent engendrer des maladies funestes, que résultera-t-il lorsqu'un foyer de ces matières fermentera dans l'intimité des ses organes ? La science ne possède pas, que nous sachions, d'exemple d'affection putride déterminée par la constipation ; soit parce qu'on obvie à temps à cet accident, soit parce que, dans les cas de rétention invincible, le malade succombe aux accidens d'étranglement, avant que l'infection ne soit établie, soit parce que ces matières ne comportent pas encore par elles-mêmes une action assez délétère, etc. ; mais le fait est rationnellement possible. Il le devient davantage si à ces matières s'en joignent d'autres plus putrides encore. C'est ainsi que, dans son *Traité des fièvres*, M. Bouillaud conçoit la génération de certaines affections typhoïdes : « Les débris ulcérés, dit-il, les » lambeaux gangréneux de la membrane muqueuse en- » flammée et désorganisée ; la suppuration qu'elle four- » nit, toutes ces matières réunies aux excrémens que » peut contenir l'intestin, ne sont-elles pas propres à » former un véritable foyer d'infection putride ? » Mais ici nous entrons dans les cas de complication dont nous avons parlé plus haut et il s'agit de savoir si un pur-

galif peut être porté sur l'intestin ulcéré. C'est là le sujet du débat qui s'agite actuellement à l'égard du traitement qui convient dans la fièvre typhoïde, débat dans lequel nous n'entrerons point ici, n'ayant en vue, nous le répétons, que de signaler les dangers qui peuvent résulter de la rétention des matières fécales, abstraction faite de l'état des organes, et de faire apprécier l'importance du précepte banal qui recommande d'entretenir la liberté du ventre, précepte humoral qui a traversé toutes les révolutions médicales.

Il résulte des faits énoncés dans cet article : 1° que les matières intestinales, plus manifestement encore que les précédentes, peuvent, par elles-mêmes, devenir causes de maladies plus ou moins graves ; 2° que dans certains cas elles réclament seules et avant tout l'attention du praticien ; 3° qu'à travers les vicissitudes des théories, les faits relatifs à la constipation sont restés comme pour constater l'imprescriptible réalité de l'humorisme.

Nous aurons plus d'une fois occasion de revenir sur ces questions majeures que nous n'avons dû qu'effleurer dans ces prolégomènes.

Revue des thèses de la Faculté.

(Deuxième et troisième trimestre 1834.)

Deuxième article.

CHIRURGIE.

Des deux thèses sur la *commotion cérebrale*, celle de Delcasse est bien raisonnée, mais superficielle ; nous devons relever un de ses paradoxes : il existe, dit-il, des commotions sans lésion matérielle, témoin la mort par une passion violente, par la foudre, etc. Mais sont ce là des commotions, que la raison se refuse à ne pas supposer de lésion moléculaire, inappréciable, il est vrai, mais réelle ; l'innervation ne peut-être modifiée, sans modification de l'organe qui la produit. La thèse de M. Monnier est plus substantielle, plus pratique. Nous lui reprocherons de n'avoir pas, en parlant des causes présumées des abcès du foie, mentionné la résorption purulente qui, dans beaucoup de cas, les explique suffisamment. M. Labouret nous paraît avoir traité à peu près complétement la question *du bec de lièvre.*

Deux thèses sur la *bronchotomie :* celle de M. Coqueret est intéressante par la discussion des indications et des procédés, plus, par la description d'une nouvelle canule, celle de M. Castelbert, moins raisonnée, est plus riche de faits. Les dissertations de MM. Fizellier et Mulle, *sur la hernie inguinale*, quoique bien rédigées, ne présentent rien de remarquable. Dans un travail fort intéressant, M. Brun signale une nouvelle variété *de fistule stercorale de l'ombilic*, avec tumeur fongiforme constituée par le renversement de la muqueuse et que M. Dupuytren guérit par la ligature ; plus, des réflexions sur l'*étranglement par le collet du sac*, la *rupture centrale du périnée* dans l'accouchement, le *cathétérisme chez la femme*, qui doit être fait avec une sonde d'homme, etc., etc. Les *considérations* de M. Larcher, sur l'*urètre et son cathétérisme chez la femme*, contiennent des aperçus ingénieux et des faits pratiques qui la feront consulter par ceux qui s'occuperont spécialement de la matière. Le travail de M. Bazard, sur la *fistule vésico-vaginale et les rétrécissemens de l'urètre*, est aujourd'hui incomplet, en ce qu'il ne comprend pas les tentatives de M. Vidal (de Cassis) et de M. Jobert, sur l'oblitération du vagin et la vaginoplastie. Si la cautérisation était jusqu'alors le procédé le meilleur, il est malheureusement constaté qu'il n'est pas plus solide que les autres. La thèse de M. Faure, sur la *cystotomie vésicale*, ne contient rien de neuf : il donne la préférence à la taille bilatérale et, au besoin, à celle quadrilatérale de M. Vidal (de Cassis). M. Dencausse, dans son *Essai sur la cystotomie et les lithotritie*, donne, toutes choses égales d'ailleurs, la préférence au broiement, pour deux raisons : d'abord la frayeur que peut causer l'opération sanglante et qui parfois a donné la mort, puis la reproduction des calculs (lithiase), qui peut nécessiter plusieurs opérations à distance. M. Pérouse est auteur d'une thèse bien faite sur l'*incontinence d'urines.* Le travail de M. Philipe, sur les *anus anormaux*, n'offre de remarquable qu'une observation de guérison au moyen de l'entérotome modifié par M. Blandin.

Trois thèses sur l'*hydrocèle :* celle de M. Leclercq a pour objet de faire sentir la prééminence du traitement de M. Breschet : ponction suivie d'application de vésicatoires sur le scrotum. Celle de M. Cazaubon n'offre rien de remarquable ; celle de M. Harel nous paraît plus complète. Nous ne dirons rien non plus du travail de M. Félicon sur la *pustule maligne.* Deux thèses sur l'*anévrysme spontané* externe : celle de M. Castelneau est assez complète et bien pensée ; celle de M. Puydebat concerne spécialement le *traitement de l'anévrysme poplité ;* il expose les idées et les observations de M. Roux, au sujet de cette affection, et donne la préférence au procédé de ligature avec applatissement sur un cylindre, adopté par cet habile professeur. Le travail de M. Levylier, sur les *plaies d'armes* (par armes) *à feu*, contient quelques faits intéressans. La thèse de M. Delaunay, sur les *kystes osseux*, est un commentaire bien fait des savantes leçons de M. Dupuytren sur cet objet. Celle de M. Brunet, sur les *tumeurs blanches*, retrace les méthodes de traitement les plus modernes, que l'auteur apprécie avec sagesse. Le travail de M. Raclot, sur les *amputations*, contient des recherches historiques intéressantes ; il se prononce pour l'amputation immédiate dans les blessures par armes à feu qui la réclament, et qu'il spécifie. La dissertation de M. Hurteaux, *sur la résection des extrémités articulaires dans les cas de carie*, est une bonne histoire de cette opération, illustrée, surtout par les travaux de M. Roux. Un tableau

synoptique indique les cas connus et leurs résultats. Les *recherches* de M. Acher, *sur les moyens propres à réunir les tendons divisés*, contient des expériences intéressantes sur la pathologie de ces organes qui se réunissent très-bien au moyen de la suture. M. Lehoux est auteur d'un travail bien fait sur la *luxation originelle des fémurs*, dont on trouve les élémens dans les leçons de M. Dupuytren. La thèse de M. Vital, sur la *luxation du fémur en haut et en dehors*, est remarquable sous le rapport des faits et des raisonnemens ; on y trouve un tableau qui prouve que cette luxation est, relativement à celles qui s'opèrent dans tous les autres sens, comme 35 est à 25. L'auteur décrit une espèce de luxation en haut et en dehors, dans laquelle la tête du fémur a glissé en dedans et où, par conséquent, la pointe du pied est tournée en dehors. M. Bouchet résout négativement la question de savoir s'il existe des *luxations du poignet*. Ces prétendues luxations, d'après M. Dupuytren, ne sont que des fractures du radius. M. Leroy traite le même sujet sous le point de vue de la saillie du cubitus à travers les chairs, compliquant la fracture du radius et pouvant faire croire à la luxation. Dans l'observation qu'il rapporte et qui est la huitième du même genre que nous connaissions, un tétanos mortel suivit la réduction. Les dissertations de MM. Lecorbeiller et Vlauid, sur le *panaris*, ne contiennent rien de remarquable. Les *considérations* de M. Charles, *sur les ongles*, offrent le rapprochement de tous les procédés imaginés pour le traitement de l'ongle incarné. M. Putégnat a réuni vingt cas d'*introduction de l'air dans les veines pendant les opérations*, et les analyse avec sagacité pour en déduire l'histoire pathologique de ce terrible accident. M. Salleron attribue la *phlébite traumatique* à la décomposition du sang qui stagne dans la veine et non à l'inflammation primitive de celle-ci. Cette opinion est développée avec un talent original. Dans les cas de résorption du pus des foyers, il n'admet pas que le fluide soit pompé par les veines, mais qu'il s'y introduit mécaniquement ; le travail de M. Flochon, sur le même sujet, est plus complet, plus classique, mais ne contient point de vues nouvelles ; l'auteur défend la théorie de l'inflammation veineuse contre celle de la résorption purulente. M. Buan admet, au contraire, la *résorption purulente*. Il cite des passages curieux d'auteurs anciens, tels que Paré, Ledran, J.-P. Petit, où cette théorie est explicitement exposée. Ce travail contient des aperçus nouveaux sur le mécanisme des *abcès métastatiques ;* c'est sous ce dernier titre que M. Alexandre traite le même sujet ; il se déclare pour l'opinion qui fait dériver d'une inflammation locale le pus de ces abcès. Nous ne dirons rien de l'*Essai* de MM. Mérille *sur les abcès par congestion*. Les *Propositions de chirurgie* de M. Bretot contiennent quelques observations curieuses, entre autres un cancer utérin communiquant avec l'intestin grêle, avec issue des fecès par le vagin et une perforation syphilitique de la voûte palatine chez un fœtus. Le volumineux Recueil d'*observations de chirurgie clinique* de M. Aussandon contient les cas les plus intéressans observés à la clinique de M. Dupuytren, depuis quelques années, et dont la plupart ont été publiés dans les journaux.

ACCOUCHEMENS. — MALADIES DES FEMMES.

L'*Essai sur la menstruation*, de M. Guingue, n'offre rien de remarquable ; autant nous en dirons de l'*Hygiène des femmes enceintes*, de M. Hugor. La thèse de M. Monnoye, sur *la grossesse et l'accouchement*, est un bon résumé qui n'offre rien de nouveau. M. Lemarchand expose des préceptes minutieux, mais utiles en pratique, sur l'*exploration des organes génitaux de la femme*. Les dissertations de MM. Merlet et Dubarbier sur les *accouchemens* et la conduite de l'accoucheur, n'offrent rien de remarquable que le talent avec lequel les préceptes sont résumés. En traitant des *circonstances qui nécessitent le ministère* (l'emploi) *de la main*, M. Plaignaud professe quelques opinions tranchantes ; tel est le conseil de *vider la tête* et d'aller chercher les pieds, dans le resserrement du col de la matrice sur celui de l'enfant. Appliquer les forceps nous paraît préférable dans ce cas, très-rare d'ailleurs ; car vous avez la chance de dégager les épaules. Le travail de M. de Roseville-Adet, sur les *diverses présentations de la face et du tronc, comme dérivées de la présentation du sommet*, nous paraît bien raisonnée. Nous ne trouvons rien à noter dans les Dissertations de MM. Gaudrie et Lefrançois ; sur la *délivrance*. La thèse de M. Guillemot, *sur la brèiveté du cordon ombilical*, est remarquable, d'abord par son volume comparé au sujet (57 pages), puis par la méthode, par l'érudition qu'on y rencontre, enfin par la sagesse des aperçus et des conclusions déduites des faits observés. Cette monographie restera comme document à ceux qui voudront approfondir les difficultés de l'obstétrique. Dans quatre dissertations sur l'*hémorrhagie utérine*, MM. Felletin, d'Andrieu, Biard, et Bidegaray n'ont rien dit qui nous paraisse mériter une mention spéciale. Beer et Desormeaux ont prétendu que les *convulsions* de la mère entraînaient toujours la mort du fœtus, M. Terral produit des observations contraires. Il est à remarquer que, dans ces thèses où il est fait mention de la rigidité du col utérin, il n'est pas question de la pommade de belladone alors indiquée. M. Gripat est auteur d'une thèse fort bien faite sur la *rupture du vagin* pendant l'accouchement. La partie théorique est surtout traitée d'une manière satisfaisante ; les élémens de ce travail sont dus à M. Chevreuil, d'Angers. Nous ne trouvons rien à noter dans la thèse de M. Fouga, *sur l'application du forceps*. On trouve des détails instructifs et une observation curieuse de rupture de la symphyse pendant l'application du forceps, dans le travail de M. Faure-Bignet, *sur la symphyséotomie*. Dans des *Considérations* un peu diffuses *sur la fièvre de lait et les métastases laiteuses*, M. Boyer plaide en faveur de l'humorisme et produit à l'appui quelques expériences sur les animaux, dont le résultat est analogue à celui obtenu par d'autres expérimentateurs. Le travail de M. Bretton, sur l'*hygiène des enfans*, contient des préceptes utiles, mais vulgaires ; nous en dirons autant de

celui de M. Brument, sur *la mère, l'enfant et la nourrice*. M. Berruyer dit avoir obtenu de bons effets du seigle ergoté (18 grains par jour) contre la *leucorrhée;* ce remède a été déjà préconisé par Bazzoni. La thèse de M. Bordenave, sur la *chlorose*, est sagement résumée; il attribue cette affection à l'altération du sang et recommande, comme de raison, les ferrugineux. Celle de M. Dequest, sur le *cancer de l'utérus*, est dépourvue de critique. On trouve dans le travail de M. Déchamps, sur le *cancer du sein*, l'indication de la saignée des veines mammaires sous cutanées, dont l'auteur dit avoir obtenu des résultats inespérés. La thèse de M. Décertaine sur le *cancer des mamelles*, est sagement écrite, mais n'offre rien à noter.

Dans un prochain article nous passerons en revue les thèses de médecine.

N° 9. — 28 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

Résumé général de la Clinique pendant l'année 1834, Par M. J. PELLETAN, chef de Clinique.

Occupé depuis quelque temps d'études tout à fait spéciales, il m'a été impossible de publier plus tôt ce résumé des différens comptes rendus qui ont paru à diverses reprises dans ce journal. J'ai d'autant plus de regret d'avoir négligé depuis quelque temps ce genre de travail qu'il semble aujourd'hui que quelques personnes ne veuillent tenir aucun compte de ce qui a été fait dans le service en question, et faute d'argumens valables, se bornent à en contester la vérité. Il sera donc tout-à-fait opportun de présenter de nouveau ces différens résultats réunis en masse, et d'en tirer de rigoureuses conclusions.

Pendant les cinq mois qu'à duré le cours de clinique de M. le professeur Bouillaud, 260 malades nouveaux sont entrés dans les salles. Sur ce nombre il y avait 191 hommes et 69 femmes.

Les maladies aiguës ont été beaucoup plus nombreuses que les affections chroniques; ainsi, il n'a existé qu'environ 60 de celles-ci, sur le détail desquelles je reviendrai plus tard.

Deux cents affections aiguës, comprenant la plupart, de celles qui forment aujourd'hui le cadre nosologique ont passé sous les yeux des élèves.

Les affections cérébrales aiguës ont été assez rares.

Deux congestions cérébrales traitées par une forte saignée, des sangsues aux apophyses mastoïdes; des sinapismes aux pieds et des compresses vinaigrées sur la tête, ont été guéries en cinq ou sept jours.

Deux hommes et une femme ont présenté les symptômes de l'inflammation des méninges et du cerveau, en même temps qu'il existait quelques phénomènes d'une inflammation gastro-intestinale; mais l'affection cérébrale prédominait, et c'est à elle seule que doit être rapportée la mort dans les deux cas où elle eut lieu.

Tel fut le traitement employé dans ces trois cas.

N° 1 (homme). 3 saign. de 4 pal.; 44 sangs. aux tempes; 2 applic. de ventouses à la région du cœur; 2 vésicatoires aux cuisses; glace sur la tête; affusions froides; lavemens avec addition de musc. Mort le 10e jour.

N° 6 (homme). 2 saig. de 4 p.; 20 sangs. aux tempes; 2 applic. de vent.; 2 vésic. camph.; compresses froides; lavement musc. Guéri en 12 jours.

N° 11 (femme). 90 sangs. derrière les oreilles, en 4 fois, 16 sangs. à la région iléo-cœcale; sinapismes aux pieds, applications glacées sur la tête; affusions froides. Morte le 18e jour.

A l'ouverture des cadavres outre les lésions existant dans les intestins, les membranes du cerveau ont été trouvées injectées et une couche de sérosité existait dans les mailles de la pie-mère. La substance cérébrale était rouge dans une étendue plus ou moins grande; la substance grise des circonvolutions était ramollie. Ainsi, dans ces deux cas, l'inflammation de l'encéphale était bien évidente et les symptômes observés ne pouvaient pas être attribués aux rapports symphatiques vers la tête qui existent dans les entérites folliculeuses. J'ajouterai à ces deux cas de mort celui d'un malade dont j'ai parlé dans mon compte rendu de juillet et d'août, et qui était affecté d'une paralysie de la face et des membres inférieurs, due à un ramollissement de la partie supérieure de la moelle vertébrale.

Je passe à une autre série de faits dans lesquels nous aurons à énumérer plus de succès: aux maladies des voies respiratoires et du pharynx.

Six cas d'amygdalite ont été observés sur quatre hommes et deux femmes, depuis le mois de mai jusqu'en août; une saignée locale et quelques sangsues ont suffi dans la plupart des cas; dans un seul on a voulu essayer l'ipécacuanha et la manne, et la maladie n'a pas paru être aggravée par ces moyens; elle s'est terminée dans le même espace de temps que lorsqu'on employait le seul traitement émollient.

Quatorze bronchites ont été reçues; sur ce nombre 7 appartenaient à des femmes, ce qui rend la proportion plus forte pour ces dernières, puisque les salles de clinique contiennent près du double de lits dans les salles des hommes. — Maintenant suivant l'époque de l'année, elles furent ainsi réparties,

en avril	2
en mai	5
en juin	5
en juillet et août	2

A l'exception de deux malades auxquels une saignée locale et générale fut pratiquée, tous les autres furent soumis à un traitement simplement adoucissant. Ils sortirent tous guéris après un séjour de peu de durée.

Les pneumonies sur lesquelles j'ai insisté déjà beau-

coup dans mes différens comptes rendus, méritent encore toutefois que j'en présente de nouveau le tableau général. 26 pleuro-pneumonies ont été traitées dans ces cinq mois. Sur ce nombre se trouvaient seulement 3 femmes, ce qui fait près d'un huitième. Ces affections se sont ainsi réparties :

en avril	13
en mai	4
en juin	5
en juillet et août	3

Ainsi le mois le plus froid a produit juste la moitié des cas, et les mois les plus chauds réunis n'ont fourni qu'environ le 8e, les malades sont arrivés à des époques différentes du commencement de leur pneumonie, 1 le 2e jour ; 7 le 3e jour ; 9 le 4e jour ; 1 le 5e, 2 le 6e, 3 le 7e, 1 le 8e, et 2 le 9e ; ainsi c'est du 3e au 4e jour qu'on en voit dater le plus grand nombre.

Sur ces 26 pleuro-pneumonies, 13 existaient à droite, 7 à gauche et 6 occupaient les 2 poumons, 7 occupaient les lobes inférieurs, 2 les lobes supérieurs ; 11 avaient envahi la totalité d'un poumon. Parmi les pneumonies doubles, quatre fois l'inflammation existait dans les deux bases, une seule fois les deux sommets et la partie inférieure de l'un d'eux, dans un dernier cas, enfin, la totalité de l'un et la base de l'autre.

Voyons maintenant à quel degré la maladie était passée lorsqu'elle fut soumise la première fois à notre examen. Cinq pneumonies existaient au premier degré, sept étaient arrivées au passage du premier au second degré, neuf au second degré confirmé, trois étaient parvenues à la transition du deuxième et du troisième, et deux enfin à ce troisième degré complet.

Je n'insisterai pas davantage sur les détails des symptômes qu'ont présentés ces diverses observations ; les catégories dans lesquelles je les place en disent assez à ce sujet, et je passe de suite au traitement, dont je vais présenter, suivant mon usage, le tableau général.

HOMMES.

Nos	Saignées.	Sangsues.	Vent.	Vésic.	Purg.	Durée.	Guéri en
7	9	50	2	1	Croton 9 gttes	14	jours.
11	5	30	»	1	»	8	
12	4	30	»	»	»	6	
12	5	20	2	»	»	7	
14	2	50	2	1	»	8	
16	6	25	2	1	»	10	
17	5	45	»	1	»	9	
18	6	25	3	1	»	14	
20	6	35	5	1	»	7	
21	4	25	3	1	»	8	
23	3	30	»	»	»	4	
23	7	25	2	»	»	mort.	
25	3	25	»	»	»	3	
8	2	25	»	»	»	6	
8	5	»	2	1	»	mort.	
12	2	25	2	»	»	6	
7	4	20	»	2	Croton 9 Ttes	9	jours.
13	4	30	2	1	»	13	
22	3	20	2	1	»	5	
26	4	»	2	1	»	11	
10	Oxide blanc d'antimoine.						
11	3	»	3	»	»	4	
12	3	»	3	»	»	5	

FEMMES.

5	3	»	2	»	9 pil. de belloste.	7	
5	6	32	2	1	»	6	
11	5	50	1	Sinapisme.	»	12	

Ce qui donne un mort sur 13. Pour le traitement le terme moyen est 4 saignées, 24 sangsues, 2 applications de ventouses scarifiées, 1 vésicatoire 15 fois sur 26, c'est-à-dire sur un peu plus de la moitié des cas.

Je dois toutefois faire remarquer que dans les derniers mois de la clinique, on a employé les ventouses scarifiées de préférence aux sangsues. Ce moyen a l'avantage d'être plus prompt, plus expéditif, et surtout de permettre de mesurer exactement la quantité de sang qu'on veut tirer, et la place précise où la saignée locale doit-être pratiquée. Ainsi on prescrit ordinairement une application de ventouses de 2 1/2 à 4 palettes, et non plus comme autrefois le nombre de scarifications qu'on devait employer. Cette heureuse innovation dans la méthode des émissions sanguines locales a été d'un avantage inappréciable, et rend tous les jours des services signalés.

On voit aussi par ce tableau que la durée de la maladie n'a pas été généralement longue, puisqu'on trouve que le terme moyen a été d'environ 7 à 8 jours. Ainsi tombe de lui-même tout ce qu'on a dit sur la longueur d'un traitement énergiquement antiphlogistique, employé dans les cas de phlegmasies aiguës.

Les pleurésies simples ont été plus rares que les affections inflammatoires du poumon ; quatre cas seulement se sont présentés dans le service pendant la clinique, sur trois hommes et une femme ; dans deux cas la pleurésie était sans aucune complication.

Dans un autre cas elle co-existait avec une péricardite ; dans un dernier enfin, avec un rhumatisme articulaire. Je reviendrai plus tard sur la corrélation qui existe si souvent entre ces diverses affections, à l'occasion des rhumatismes articulaires.

Ces quatre affections ont guéri à l'aide d'un traitement antiphlogistique moins énergique que dans les cas précédens et auquel on a ajouté l'emploi de larges vésicatoires sur la partie où existait le point de côté. — Chez un autre malade, une vaste pleurésie se déclare à la suite d'une perforation des poumons, par la rupture d'une caverne. Dans cette affection, qui fut immédiatement reconnue, et dont j'ai parlé dans mon résumé du mois de juin, on conçoit qu'il n'y avait aucun traitement à tenter. — La maladie était tout-à-fait au dessus des ressources de l'art. Le malade succomba au bout de cinq jours.

J'arrive maintenant à l'étude des arthrites ou rhumatismes articulaires aigus, qui ont existé pendant ces cinq mois. Ils sont au nombre de seize; quoique la statistique roule ici sur des cas peu nombreux, il est toujours plus utile, comme l'a dit avec justesse un observateur distingué, d'employer la méthode numérique, même dans les plus petits détails, afin que l'expérience d'un homme puisse s'ajouter à celle d'un autre. Je vais donc entrer dans quelques détails au sujet de ce petit nombre de faits.

Onze arthrites appartenaient à des hommes, cinq à des femmes. Les mois pendant lesquels ils ont paru méritent d'être notés. Un seul s'est présenté dans le mois d'avril; cinq en mai, trois en juin, cinq en juillet et deux en août. Dans tous les cas, l'inflammation articulaire après s'être développée sur une articulation isolée, a successivement envahi la presque totalité des autres jointures. On a dit que lorsque la maladie cessait assez promptement sous l'influence des émissions sanguines, c'est qu'elle existait déjà depuis long-temps au moment de l'entrée du malade. Ils est donc important d'indiquer à quelle date remontait le commencement du rhumatisme, lorsque les malades ont été admis dans la clinique. Pour ne pas m'exposer à des redites qui pourraient paraître fatigantes, je vais présenter un tableau général où seront mentionnés succinctement la plupart des renseignemens importans que nous avons à donner sur l'histoire de ces seize cas.

Nos	Age de la maladie à l'entrée.	Saignées.	Sangsues.	Appl. de ventouses.	Médic. internes, purgatifs, frictions, etc.	traitement.	Durée totale. de la maladie.
			HOMMES.				
2	8e jour.	1 (4 pal.)	32	»	Pilules d'acét. de morph.	9 jours.	17 jours.
2	5e	4 (15 pal.)	12	»	Poudre de Dower.	9	14 (a)
7	15e j. (au genou seulement).	»	30	3 de 3 pal. 1/2 chacune.	Frict. merc. compression.	17	32 (c)
10	15e	4 (17 pal.)	»	»	Pilules d'extr. d'opium.	10	25
11	8e	3 (11 pal.)	»	»	Frict. merc. compression.	6	14
12	3e	6 (20 pal.)	20	1 de 3 pal. 1/2.	Fric. merc. narcot. compress.	23	26 (d)
13	15e	3 (12 pal.)	»	»	Poudre de Dower.	7	22
14	8e	2 (9 pal.)	94	2 de 6 pal.	Vésic. saupoudré de morphine.	14	22
16	15e	4 (16 pal.)	»	»	Pilules d'opium, bains, etc.	6	21
16	7e	2 (7 pal.)	40	»	Purgatif, vésicatoire.	8	15
26	6e	2 (4 pal.)	»	»	»	7	13
			FEMMES.				
3	5e	2 (7 pal.)	»	2 de 6 pal.	Pilules d'opium.	12	17
4	7e	4 (12 pal.)				12	19
7	3e	1 (3 p. 1/2)	24	»	Pilules d'opium.	11	14
9	3e	7 (24 pal.)	»	»	Bains.	16	19
12	5e	3 (11 pal.)	157	»	»	15	20

On voit par le tableau qui précède, que d'une part, la méthode des émissions sanguines a été employée avec énergie dans la presque totalité des cas, et que de l'autre la durée de la maladie n'a pas été aussi prolongée qu'on l'a vu plusieurs fois. C'est ainsi que le terme moyen du traitement est environ de 3 saignées de 3 à 4 palettes, 25 sangsues et environ une palette et demie de sang par l'application des ventouses. Pour la durée du traitement, la moyenne a été d'environ 11 jours 1/2 et celle de la totalité de la maladie, de 19 jours. Voici des faits, des chiffres, et à moins de révoquer en doute notre véracité, il faudra pourtant bien en tenir compte.

Il est une circonstance bien importante dant l'histoire des rhumatismes articulaires, c'est la co-existence presque constante d'un trouble du côté du cœur. Cette complication si commune est tantôt dûe à une franche péricardite ou à une endocardite, lorsque le rhumatisme existe pour la première ou deuxième fois, tantôt à un boursouflement, induration des valvules, produits morbides d'une endocardite ancienne; tantôt, enfin, à de caillots organisés qui existent dans l'intérieur des cavités du cœur. Il n'est pas toujours très-facile de distinguer l'une de l'autre ces diverses causes, et les détails dans lesquels j'entrerais à ce sujet m'entraîneraient trop loin dans un travail de ce genre. Quant à la cause de cette co-existence d'une affection aiguë de la séreuse du péricarde dans les arthrites, on l'a je pense suffisamment trouvée dans l'analogie de structure, qui existe entre les tissus qui constituent ces différentes parties; en effet, suivant l'heureuse expression de M. le professeur Bouillaud, le cœur enveloppé de son péricarde, peut être, jusqu'à un certain point, considéré comme une véritable articulation, car on trouve dans ce système d'organes des mouvemens, des surfaces qui glissent l'une sur l'autre, une membrane séreuse un tissu fibreux qui la double.

Les érysipèles ont été au nombre de douze : les ma-

(a) Il fut pris plus tard d'une entérocolite cholériforme qui fut guérie par les opiacés.

(c) Il exista à l'état subaigu, c'est ce qui explique sa ténacité.

(d) Cette affection, bornée à la fin aux 2 poignets, résista singulièrement aux moyens employés.

lades qui présentent cette affection, étaient 6 hommes et 6 femmes. Neuf érysipèles avaient lieu à la face et trois aux membres supérieurs. Dans le mois d'août il y en a eu deux; en mai cinq; en juin trois et deux en juillet et août. Quelques uns ont été accompagnés de phlyctènes; tous ont été très-prononcés; à l'exception d'un seul, tous ont guéri au moyen du traitement antiphlogistique énergique. En voici le résumé :

HOMMES.

N° 5.	4 saign.	(14 pal.)	20 sangs.; catpl., lotions, etc.	Guéri en 8 jours.
7.	3 saign.	(11 pal.);	» frict. merc., cérat soufré.	Guéri en 11 j.
12.	2	(8 pal.)	20 sang. au cou. Lotions, etc.	Guéri en 14 j.
17.	3	(11 pal.)	» Fric. merc., bains sulf.	Guéri en 6. j.
21.	4	(15 pal. 1/2)	50 sang. derrière les oreilles.	Guéri en 6 j.
24.	2	(18 pal.)	25 au cou.	Guéri en 5 j.

FEMMES.

3.	4 saing.	(15 pal.)	2 g de croton.	Guérie en 6 j.
6.	2	(7 pal.)	2 sang. au cou. »	Guérie en 5 j.
6.	1	(3 pal. 1/2)	» Purgatif.	Guérie en 4 j.
8.	3	(10 pal.)	30 sangs. »	Guérie en 6 j.
11.	2	(8 pal.)	» Bains.	Guérie en 5 j.
12.	Très-léger).	Traitement émollient.		Guérie en 3 j.

Les fièvres appelées maladies exanthématiques ont été assez fréquentes pendant la durée du cours de clinique; elles ont été au nombre de trente-deux qui se subdivisent ainsi :

Onze varioles, cinq varioloïdes, dix rougeoles, trois scarlatines, deux miliaires et une éruption de sudamina.

Les varioles comme on le voit ont encore été plus nombreuses; cette grave maladie a en effet sévi avec assez de force pendant le printemps et l'été dernier. Chez ces malades elle a existé trois fois à l'état de variole et une fois à l'état de variole très-confluente chez des sujets bien évidemment vaccinés. Dans presque tous les cas l'éruption à été très-abondante, mais chez quatre malades elle était des plus confluentes. Parmi ces derniers, trois ont succombé.

Dans la moitié des cas environ, on s'est borné à prescrire un simple traitement émollient; dans l'autre on à mis en usage quelques émissions sanguines, soit au début, soit dans le cours de la maladie.

Ainsi, lorsque la fièvre était très-intense, que l'éruption paraissait devoir être plus nombreuse, on faisait pratiquer une saignée de trois à quatre palettes; on joignait à ce moyen, quelques sangsues au cou ou derrière les oreilles, lorsque les symptômes de congestion vers la tête paraissaient devoir amener des accidens graves. Je ne puis vanter comme je l'ai fait jusqu'à présent, le traitement antiphlogistique dans cette maladie, il y a ici autre chose qu'une simple inflammation. Celle-ci est d'une nature spécifique; le sang est ici altéré et lorsque nous l'examinions après les saignées, nous ne le trouvions plus dense, ferme et pour ainsi dire robuste, comme dans l'état inflammatoire franc, mais bien d'une mollesse extrême, presque diffluent, recouvert d'une couenne mince, fragile, et portant toutes les traces de l'altération qu'on observe dans l'entérite typhoïde.

Nous avons employé dans les derniers temps l'inspiration de vapeurs émollientes et légèrement chlorurées. Ce moyen que je regarde comme très-utile, a l'avantage d'agir directement sur la muqueuse du pharynx et du larynx, qui est, dans les cas graves, couverte de pustules varioliques, et de faciliter ainsi singulièrement la respiration.

Sur les malades affectés de rougeoles, il y avait six hommes et trois femmes. Chez tous existait cette bronchite caractéristique qui est un des élémens nécessaires de cette affection, de telle sorte qu'on pourrait dire qu'il n'y a pas de rougeole complète, normale quand celle-là n'existe pas. Dans quelques cas cette bronchite n'était pas très-grave; dans deux elle fut générale et causa promptement la mort des malades qui périrent dans un véritable état d'asphyxie. Dans un cas la rougeole se compliqua de miliaire; dans un autre il existait quelques traces de scarlatine sur la peau, et il y avait en outre l'angine particulière à cette maladie. Ces divers cas méritent que je présente un tableau pour l'indication de leur traitement et le complément de leur histoire.

HOMMES.

N° 13. Avec bronchite intense. 2 saign. (7 pal.) 3 ap. de ventouses (9 pal.) 2 vésic., catapl. avec croton; guéri le 16e jour.

N° 15. Roug. bénigne avec miliaire. Traitement émoll.; guéri le 9e jour.

N° 21. Avec bronchite très-grave; 4 saign. (15 pal.); 2 appl. de vent.; 2 vésic., sinapisme; mort le 4e jour.

N° 22. Bronchite assez forte; 1 saign. (4 pal.), 2 appl. de vent., catapl. croton; guéri le 8e jour.

N° 23. Bronch. peu intense; 1 saign. (5 pal.) Traitt émoll.; guéri le 5e jour.

N° 24. Bronch. intense, parotide. 2 saign. (8 pal.), 80 sangs.; frict. merc.; guéri le 12e jour.

N° 24. Avec angine scarlatineuse; 1 saig. (3 p. 1/2); 80 sang.; guéri le 7e jour.

FEMMES.

N° 3. Bronchite peu forte; phlegmon au bras; 2 saign. (9 pal.); 45 sang.; guérie le 5e jour.

N° 6. Bronch. ord.; 1 saign. (3 pal.); 1 appl. de vent. (2 p. 1/2); traitement émollient; guérie le 6e jour.

N° 6. Bronchite très-forte et générale; 2 saign. (6 pal. 1/2); 24 sang.; 1 vomitif; catapl. croton; morte le 9e jour.

On voit par ce tableau que c'est par l'intensité de l'affection pulmonaire qu'on doit juger en général de la gravité de la maladie. Il est utile, dans ces cas, d'agir avec énergie contre cette phlegmasie interne pour ne pas la voir passer à l'état chronique et former rapidement des excavations ainsi que nous avons eu le malheur de l'observer deux fois l'année dernière. Mais ajoutons aussi qu'il est évident que dans ces cas encore la méthode antiphlogistique n'a pas contre la phlegmasie

pulmonaire, contre cette *péripneumonia notha*, la même efficacité que dans les franches inflammations du même organe.

Les scarlatines et les autres légers exanthèmes que nous avons examiné n'offrirent rien de particulier qui mérite que j'insiste sur leur description.

Je noterai aussi seulement trois névralgies sciatiques guéries par l'acétate de morphine administré par la méthode endermique.

Cinq fièvres intermittentes qui ne présentent rien de remarquable, si ce n'est que dans un cas l'accès manqua sous l'influence du sulfate de quinine, administré par le derme dénudé, et dans un autre cas par la digitale, administrée par cette voie et par l'estomac.

Trois coliques saturnines sans paralysie, guéries par l'huile de croton et les opiacés.

Enfin trois cas de chorée observés chez deux femmes et un homme, et qui furent avantageusement traités par les potions éthérées, des pilules de valériane, des lavemens avec camphre ou musc et assa-fœtida. J'arrive à présent aux maladies aiguës de l'abdomen qui ne forment pas le chapitre le moins intéressant de cette narration.

J'ai trop insisté dans les comptes-rendus partiels que j'ai publiés précédemment sur les maladies du tube digestif pour revenir longuement sur les détails qu'ont présentés les différens faits qui composent cette masse importante d'observations. Je renvoie, pour les nombreuses remarques qu'elles ont offertes, à ces résumés spéciaux et je me bornerai ici à additionner les résultats.

Les embarras gastriques ou gastrites légères ont été au nombre de vingt et n'ont présenté rien de particulier. Notons seulement que le traitement employé a différé : ainsi, dans sept cas, on a employé dix-huit à vingt-quatre grains d'ipécacuanha ; mais cette méthode n'a pas eu plus d'avantage que le simple traitement émollient, qui chez dix malades a été mis en usage. Chez trois autres enfin la gastrite, un peu plus intense, a nécessité de l'application d'une vingtaine de sangsues à l'épigastre.

J'ai rangé sous le titre de gastro-duodénite, dans mes précédens articles, ces affections auxquelles certains pathologistes donnent le titre de fièvres typhoïdes à type bilieux et qui se reconnaissent à un état fébrile plus ou moins prononcé, de l'abattement, une langue jaunâtre et rouge à ses bords, une teinte plus ou moins jaune de la peau, des nausées, des vomissemens bilieux, une pesanteur épigastrique, etc. Ces maladies n'offrent pas le danger d'un autre genre de fièvre typhoïde que nous allons examiner bientôt, ce qui, comme je l'ai dit, établit sous la même dénomination deux affections également différentes par leurs symptômes et leur pronostic. Quatorze malades ont été affectés de cette phlegmasie de la partie supérieure du tube digestif, onze hommes et trois femmes. En voici le tableau général :

HOMMES.

N° 3. 1	saig.	(3 p. 1/2).	20	sang.		Guéri en 5 j.
12.	»		20			Guéri en 4 j.
13.1	Saign.		20	1 ap. v. 3 p.	24 g. Ipéca.	Guéri en 11 j.
16. 1			20	»	»	Guéri en 5 j.
19.	»		30	»	»	Guéri en 5 j.
20.	»		»	1 ap. v. 3 p.	2 purgatifs.	Guéri en 19 j.
21.	»		40	»	2 purgatifs.	Guéri en 14 j.
21.1		(3 p. 1/2).	»	2 ap. v. 6 p.		Guéri en 8 j.
22. 2		(8 pal.)	20	»		Guéri en 9 j.
22. 1		(3 pal.)	»	1 ap. v. 3 p.		Guéri en 5 j.
24. 3		(10 p. 1/2.)	»	1 ap. v. 3 p.		Guéri en 10 j.

FEMMES.

N° 10. 1	(3 pal.)	»	Bains.		Guérie en 6 j.
5. 1	(3 pal.)	48	sang. Bains.		Guérie en 19 j.
11.			Emollient.		Guérie en 5 j.

Remarquons, qu'en général, le traitement anti-phlogistique a été peu énergique. Dans un cas on y a joint un vomitif, et dans deux un ou plusieurs purgatifs, et dans ces cas la guérison a été parmi toutes les autres la plus lente à arriver.

Je passe maintenant à une série plus importante d'inflammations gastro-intestinales ; je veux parler des entérites folliculeuses. Cette affection a offert pendant la clinique une nombreuse série de faits qui permettent de l'étudier à toutes ses périodes.

Il y a eu trente-un malades atteints de cette affection. Sur ce nombre il y avait seulement 9 femmes. Tous étaient des jeunes gens, à l'exception de deux femmes qui avaient l'une et l'autre trente-sept ans ; tous les autres malades étaient âgés de dix-sept à vingt-cinq ans.

Dans le tableau général qui suit j'ai indiqué l'époque à laquelle chaque entérite typhoïde avait commencé. On peut ainsi juger, d'après le temps écoulé avant l'admission des malades, à quel degré l'affection était arrivée. Quant aux symptômes que ces divers cas ont présenté, il serait, je pense, inutile d'y revenir encore ici. Le tableau synoptique du traitement suffira donc pour compléter l'histoire de ces maladies.

HOMMES. — ENTÉRITES FOLLICULEUSES.

Nos	Epoque de la maladie.	Saign.	Sang.	Ventouses.	Vésicat.	Tt chloruré.	Guérison ou mort.
3.	9e jour.	1 (4 pal.)	60	2 applic.	1	Id.	Guérie en 10 j.
5.	6e	5 (14 p.)	35	»	»	Id. (a)	9 j.
2.	7e	6 (20 p.)	60	3 applic.	»	Id.	Mort en 10 j.
3.	7e	1 (3 p. 1/2)	20	»	»	Tt émol.	Guéri en 8 j.
9.	7e	1 (3 p. 1/2)	50	»		Tt chlor.	10 j.
12.	6e	»	15	»	»	Tt émoll.	16 j.
18.	5e	3 (10 pal.)	60	»	»	Id. (c)	Mort en 5 j.
22.	14e	3 (10 pal.)	35	»	»	Id.	Guéri en 7 j.
3.	13e	1 (3 p. 1/2)	54	»	»	Tt chlor.	6 j.
13.	7e	1 (3 p. 1/2)	30	»	»	Id.	6 j.

(a) Complic. d'endocardite et d'engt pneumonique.

(c) Mort d'un épanchement séreux dans le cerveau.

Nos	Epoque de la maladie.	Saign.	Sang.	Ventouses.	Vésicat.	Tt chloruré.	Guérison ou mort.
25.	8e	2 (7 pal.)	40	»	»	»	17 j.
26.	8e	2 (7 pal.)	30	»	»	»	8 j.
26.	3e	2 (7 pal.)	100	»	Vésic.	Tt chlor	Mort 15e j.
18.	6e	1 (4 pal.)	30	»	»	Id.	Guéri en 10 j.
23.	4e	5 (16 p.)	30	2 applic. Sinap.		Id. (d)	41 j.
2.	10e	2 (6 pal.)	16	Id.	»	Id. (e)	30 j.
8.	5e	1 (3 pal.)	»	1 ap. (3 p.)	»	Id.	6 j.
11.	8e	4 (15 p.)	20	2 applic. 3 vésic.		Id.	Mort le 19e j.
16.	7e	1 (3 pal.)	»	1 applic.	»	Tt émoll.	Guéri en 3 j.
18.	7e	2 (7 pal.)	16	2 ap. 2 vés.		Tt chlor.	Mort le 32e j.
19.	3e	3 (10 p.)	»	1 ap. (3 p.)	»	Id.	Guéri en 7 j.
24.	15e	2 (8 pal.)	»	2 ap. (6 p.)	»	Id.	10 j.
				FEMMES.			
4.	8e	1	50	»	»	Id.	Guérie en 7 j.
4.	6e	3 (10 p.)	45	»	»	Id.	10 j.
11.	15e	1 (3 pal.)	20	»	»	Id.	11 j.
12.	7e	2 (7 pal.)	60	»	2 vésic.	Id.	17 j.
13.	6e	1 (3 pal.)	24	1	»	Id.	24 j.
8.	8e	1 (3 pal.)	30	1	2 vés.	Bains. affusions fraîches sur la tête.	25 j.
2.	37e	»	»	»	»	Id.	Non guérie (f)
7.	3e	1 (3 pal.)	40	»	»	Tt émoll.	Guérie en 27
8.	20e	2 (6 pal.)	»	1 applic.	»	Id.	6 j.

Ce qui donne, terme moyen, pour chaque cas en particulier, deux saignées de trois palettes et demie, vingt-huit sangsues et une application de ventouses scarifiées dans les deux tiers des cas. A ces moyens on a joint aussi le traitement chloruré dans 26 cas, et quelques autres, tels que des vésicatoires, des sinapismes, des bains chlorurés. Sur ces trente-un malades il y a eu cinq morts, ce qui donne un peu moins d'un sur six. Ce résultat, quoique supérieur à beaucoup d'autres qui ont été publiés, demande encore à être expliqué. Ainsi je ne compte pas, comme on le fait ordinairement, parmi les maladies dites fièvres typhoïdes, toutes les fièvres bilieuses dont la mortalité a été nulle; ce qui changerait il est vrai les résultats, mais aurait l'inconvénient de confondre deux maladies qui, à mon avis, sont tout à fait distinctes l'une de l'autre.

Je ne puis m'empêcher de dire ici, par avance et seulement en passant, que les résultats obtenus dans cette dernière affection ont été bien autrement remarquables depuis le commencement de l'année scholaire. J'espère bientôt pouvoir m'occuper de publier ces avantages qui surpassent encore de beaucoup ceux qui ont été obtenus l'année dernière, et dont je viens de rendre compte. C'est au point que de toutes les maladies aiguës, du poumon, du cœur ou de l'abdomen, qui se sont présentées dans le service, nous n'avons eu à faire l'ouverture du corps que d'un seul malade mort, non pas de l'entérite typhoïde, elle était complètement guérie, mais des escarres profondes qui avaient dénudé tous les points saillans de son corps. Ces guérisons constantes, et par conséquent ce manque presque complet d'autopsies, ont fait dire dernièrement à de jeunes étrangers qu'ils étaient forcés de ne plus suivre la clinique de M. Bouillaud, parce qu'on n'y pouvait pas voir d'anatomie pathologique. Mais ces faits remarquables qu'on veut encore s'efforcer de rejeter, ne se passent pas seulement dans l'enceinte étroite de deux salles de la Charité : partout en ville, dans les nombreux cas où l'on veut suivre la méthode de traitement de M. le professeur Bouillaud, on voit survenir les mêmes résultats. Les médecins même les plus obstinés à combattre ces principes sont forcés, à leur grand regret sans doute, d'en reconnaître les avantages ; dernièrement encore M. Miquel a été témoin d'un exemple des plus probans; en l'avouant *de bonne grace* il rendait hommage à la vérité; en le livrant à la publicité il eût rendu service à la science et à l'humanité.

Pour ce qui me reste à présent à passer en revue, les faits étant trop isolés et de peu d'importance, il me suffira de les énumérer pour être complet, en ayant parlé en détail dans mes précédens articles. Ainsi quatre entéro-colites cholériformes guéries par les préparations opiacées ; une péritonite par suite de rupture du rectum, terminée par la mort, et une phlébite utérine qui a eu le même résultat.

Dans les maladies chroniques, notons d'abord onze tuberculeux, sur lesquels il y eut quatre morts ; les autres sortirent sinon guéris, du moins plus ou moins soulagés.

Les affections organiques du cœur furent au nombre de 14, 8 hommes et 6 femmes.

Chez 6 malades (3 femmes et 3 hommes) il y avait une hypertrophie plus ou moins considérable avec induration des valvules et rétrécissement dans quatre cas; chez les huit autres, l'hypertrophie, à un degré différent, était accompagnée d'une dilatation ventriculaire, ou auriculaire; dans tous ces cas il existait une induration ou épaississement valvulaire avec rétrécissement soit à l'orifice aortique, soit à l'auriculo-ventriculaire. Dans ces cas il y avait toujours un bruit anormal, soit bruit de souffle, de soufflet, de râpe, de scie, suivant la disposition physique de l'obstacle produisant le bruit. Ils existaient tantôt pendant le premier bruit, tantôt pendant le second ou dans leur intervalle. il m'est impossible d'entrer à cette occasion dans une description complète des bruits anormaux du cœur, les bornes de cet article s'y opposent. Terminons en disant que le traitement a été basé sur quelques émissions sanguines et les préparations de digitale.

Parmi ces malades nous n'avons eu que quatre morts; les autres sont sortis plus ou moins soulagés.

(d) Compliquée de bronchite générale et engorgement pneumonique.

(e) Ce malade eut plusieurs rechûtes.

(f) Elle voulut sortir 2 jours après son entrée ; elle était arrivée à une période très-avancée de la maladie.

Je ne fais que citer une vingtaine d'individus affectés d'anciennes douleurs rhumatismales, courbature, etc., qui ne présentent aucun intérêt.

Les maladies chroniques de l'estomac et de l'intestin ont été assez rares. Ainsi deux gastrites chroniques dont l'une se termina par un très-grand soulagement à la suite de l'application de la morphine par la méthode endermique, et l'autre eut une issue funeste, et se termina par la mort. Six gastro-duodénites chroniques avec ictère, traitées par des ventouses scarifiées sur la région pylorique, des vésicatoires simples ou saupoudrés de morphine et de calomel (dans un cas), des frictions mercurielles et de légers laxatifs. Tous ces cas ont guéri assez rapidement. Deux hydropisies ascites causées l'une par une péritonite chronique soulagée par des frictions mercurielles, le calomel et la paracentèse, et l'autre coexistant avec une tumeur de la rate, et qui a été soulagée par les diurétiques et la paracentèse.

A part quelques autres cas d'une très-faible importance, tel est le tableau des maladies qui ont été traitées pendant le cours de clinique de 1834. Je terminerai en disant que les décès ont été en définitive en bien faible proportion puisque dans les maladies aiguës il n'y a eu qu'un mort sur 10, et dans les affections chroniques à peu près 1 sur 17.

Dans le prochain article qui sera publié dans un mois, je rendrai compte des faits qui se sont présentés et des résultats obtenus depuis la rentrée jusqu'au commencement d'avril, époque de l'ouverture du cours, comblant cette lacune qui existe entre les deux sessions.

AVIS.

Les *Annales de la Médecine physiologique* viennent d'être réunies au *Journal hebdomadaire des Sciences et Institutions médicales*. Cette fusion, tout en indiquant une certaine harmonie de principes, ne changera rien au fond ni à la forme de nos publications. Notre mission sera toujours d'accueillir tous les faits, tous les systèmes, nous réservant de les soumettre à la critique. Sous ce point de vue, nous nous félicitons du puissant concours qui nous est offert par la plume de l'illustre auteur de l'*Examen des Doctrines*.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

FÉVRIER 1835.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

Du bubon indolent; son traitement par les frictions avec l'hydriodate de potasse, la teinture d'iode, les réfrigérans, la compression, etc.

Les moyens que nous avons exposés dans notre dernier numéro ne sont pas toujours suffisans pour amener la résolution complète du bubon syphilitique. Assez souvent, en effet, la tumeur inguinale perd sa chaleur et sa sensibilité, et, au lieu de se terminer par résolution ou par suppuration, passe à l'état chronique, et ne fait plus aucun progrès vers la guérison. Cette fâcheuse terminaison peut survenir, soit qu'aucun foyer purulent ne se soit formé, soit que le bubon ait suppuré en partie. Cette forme de bubon est assez commune chez les malades qui n'ont pas gardé le repos, chez ceux surtout qui ont été stimulés par un traitement peu rationnel pendant la période inflammatoire. On ne peut s'empêcher d'admettre aussi qu'il existe certaines prédispositions particulières qui favorisent le développement de cette inflammation chronique dans les masses ganglionnaires.

Il est sorti dernièrement de l'hôpital un homme qui y séjournait depuis cinq mois pour un bubon indolent de l'aine droite. Ce malade avait déjà eu plusieurs véroles, circonstance fâcheuse, comme on le sait, mais il n'offrait aucun des attributs du tempérament lymphatique. Il était âgé d'environ quarante ans; des antiphlogistiques furent d'abord employés, mais ne parvinrent point à empêcher le développement d'un foyer purulent considérable, qui fut ouvert avec la lancette. Comme il restait encore une masse très-volumineuse, endurcie et présentant quelques points de sensibilité, on appliqua à diverses reprises des vésicatoires, suivant la méthode qui sera exposée dans le prochain article. On donna en même temps à l'intérieur les sudorifiques et le proto-iodure de mercure. Malgré ce traitement actif, la portion la plus élevée de la masse indurée suppura, et une seconde ouverture fut pratiquée avec la lancette; nouvelle application du vésicatoire, et bientôt nouvel abcès qu'il fallut encore ouvrir; des frictions mercurielles furent faites à la cuisse, de menaces de salivation forcèrent à les suspendre, on les remplaca par des frictions avec la pommade hydriodatée.

Hydriodate de potasse, un demi-gros;
Axonge, une once.

Plusieurs vésicatoires furent encore appliqués; mais il semblait que, tandis que la résolution s'opérait sur un point, l'engorgement envahissait les parties opposées. Enfin, on donna la potion iodée (1), et l'on établit plus tard un bandage compressif. Le malade sortit en conservant encore un noyau d'induration qui finira, sans doute, par se résourdre entièrement.

La même opiniâtreté a été observée chez un homme âgé de quarante ans, qui entra à l'hôpital le 12 décembre 1833, et fut couché an numéro 22 de la seconde salle. Cet homme, dont la bonne foi ne semblait pas suspecte, déclara n'avoir eu de rapports qu'avec sa femme qui, bientôt après, entra dans un hôpital et y mourut. Ce ne fut qu'au bout de six semaines que les douleurs se firent sentir dans l'aine gauche, et qu'il survint un bubon qui força ce malade d'entrer aux Vénériens. La tumeur était très-volumineuse et présentait à son centre un point fluctuant, dans lequel on plongea la pointe d'une lancette. Vingt-cinq sangsues furent appliquées à la base du bubon; mais, malgré le dégorgement considérable qu'on obtint, la résolution fut incomplète, et l'engorgement passa à l'état chronique. Les vésicatoires, les frictions avec l'hydriodate de potasse et l'onguent mercuriel, la compression, furent tour à tour employés; mais la tumeur résistait à tous ces moyens combinés, s'enflammant sur quelques points par intervalle, et fournissant un pus de mauvaise qualité. Enfin, des trochisques de minium furent introduits dans les trajets sinueux de la tumeur, et ranimèrent la vitalité des tissus. La potion iodée seconda en même temps les applications extérieures, et le malade sortit guéri après trois mois et demi de séjour à l'hôpital.

---

(1) Iode, un grain;
Hydriodate de potasse, deux ou trois grains.
Dans une potion à prendre dans la journée, on élève graduellement la dose d'iode à deux grains, la dose d'hydriodate de potasse à huit ou dix grains.

Cette observation, est d'autant plus remarquable que, malgré sa ténacité, il n'est pas probable que ce bubon fût de nature syphilitique. Le malade n'a présenté à notre examen aucune ulcération du gland, du prépuce ou de l'urètre. Aucune préparation mercurielle n'a été administrée pendant tout le cours du traitement, si ce n'est quelques gros d'onguent employés en frictions sur la tumeur, et qui n'ont eu d'autre effet que de retarder sa résolution.

Quelle que soit l'origine de ces bubons indolens, qu'ils aient ou non suppuré en partie, il est nécessaire de rechercher le cause de cette fâcheuse disposition. Quelquefois on la trouve dans la régime du malade qui n'observe pas une diète assez sévère, d'autres fois elle tient à ce qu'il ne garde pas assez le repos; enfin, dans d'autres cas, il est absolument impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante cet obstacle à la guérison.

C'est dans ces circonstances embarrassantes que l'on a le plus souvent recours à un traitement mercuriel intérieur. M. Cullerier pense que cette stimulation générale est d'une utile application; mais, comme l'administration du mercure n'est pas exempte de danger, il préfère toujonrs les applications locales, lorsque les circonstances n'en font pas une nécessité absolue. Voici donc les stimulans locaux employés dans son service:

On frictionne la tumeur avec l'iode pur ou mêlée d'eau (1), l'hydriodate de potasse, la pommade de proto-iodure, de mercure (2), l'onguent mercuriel ordinaire. On applique sur le bubon des emplâtres de Vigo, de ciguë, des compresses trempées dans une solution de sous-acétate de plomb (3), souvent renouvelées. Les douches peuvent encore être utiles, ainsi que les vésicatoires, appliqués à plusieurs reprises, et sans solution caustique; la compression, mais ce moyen n'est pas toujours d'une facile application. Enfin, quand il existe des trajets fistuleux intarissables, on introduit des trochisques escarrotiques, qui produisent dans la tumeur une vive inflammation et réveillent sa vitalité; on agrandit l'orifice de ces fistules, ou enfin on fait des injections avec une solution irritante.

Après avoir essayé de quelques-uns de ces moyens, si la tumeur persiste à l'état chronique, et si rien n'annonce sa résolution, M, Cullerier fait faire quelques frictions mercurielles à la partie interne des cuisses, ou bien il donne à l'intérieur le proto-iodure de mercure (4) ou la potion iodée; mais il faut dans l'emploi de ces stimulans locaux et généraux, surveiller attentivement l'état de la tumeur. Souvent la stimulation étant portée trop loin, celle-ci s'enflamme et suppure comme dans la pério de aiguë; on revient alors aux moyens indiqués. D'autres fois il faut tâtonner en quelque sorte, et avoir successivement recours à de nombreux stimulans pour rencontrer enfin celui qui doit être efficace. Rien n'est plus commun, par exemple, que de voir l'onguent mercuriel, produisant un effet tout opposé à celui qu'on attendait, remplacé avantageusement par un autre topique auquel personne ne s'est avisé d'attribuer une spécificité. Il n'y d'ailleurs sur ce sujet aucune règle à prescrire; c'est au médecin à varier ses prescriptions suivant les effets qu'il observe.

Nous dirons enfin, pour terminer la thérapeutique du bubon indolent, que souvent, malgré l'emploi de tous les fondans indiqués, il reste un noyau induré qu'il est impossible de résoudre entièrement. L'expérience a prouvé que cet engorgement finissait par se dissiper de lui-même sans que les malades en soient plus exposés à l'infection consécutive.

Tels sont les principaux moyens employés par M. Cullerier pour combattre le bubon syphilitique. On voit que dans la très-grande majorité des cas, les malades ne sont point soumis à un traitement mercuriel; que, sans proscrire un médicament puissant, mais d'une application difficile, ce chirurgien le réserve pour un petit nombre de circonstances dans lesquelles la maladie se montre rebelle à des traitemens plus simples, et dont les effets sont moins à craindre. Dans l'article suivant nous allons nous occuper d'un moyen sur lequel nous appelons toute l'attention de nos lecteurs, car l'expérience a déjà démontré toute l'utilité qu'on peut en tirer dans la pratique.

§ 2. — *Du traitement du bubon syphilitique par les vésicatoires et la cautérisation.*

En 1832, M. Malapert, chirurgien aide-major au troisième régiment de chasseurs, publia, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur les effets du sublimé appliqué en lotions sur certains ulcères vénériens. Ce chirurgien citait en outre quelques observations de bubons inguinaux dont il avait promptement obtenu la résolution par la méthode suivante:

Un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc était placé au sommet de la tumeur; le lendemain, l'épiderme étant enlevé, on appliquait sur la plaie un plumasseau de charpie trempée dans une solution de sublimé (vingt grains par once d'eau). Ce plumasseau était maintenu en place, par du diachylon gommé, pendant deux heures, au bout desquelles on l'enlevait, et on trouvait une escarre de la profondeur de quelques lignes. Les jours suivans, on renouvelait ces applications escarrotiques, les remplaçant toujours par des cataplasmes émolliens, et l'on voyait, en un espace de temps fort court, la tumeur s'affaisser, se résoudre, et enfin disparaître complètement, en ne laissant qu'une cicatrice très-peu apparente.

M. Malapert n'avait pas encore employé ce moyen

---

(1) Teinture d'iode, une once;
Eau distillée, deux onces.

(2) Proto-iodure de mercure, un scrupule;
Axonge, une once.

(3) Sous-acétade de plomb, deux onces;
Eau, une livre.

(4) Voy. art. 975.

sur les bubons à maturité, mais il pensait que ses effets seraient les mêmes. Ses malades n'avaient point, du reste, été assujettis au repos, et avaient continué de vaquer à leurs occupations militaires.

Au commencement de l'année, 1833, M. Reynaud, médecin de la marine, adressa à l'Académie un Mémoire sur le traitement du bubon syphilitique par le même moyen. Ce médecin avait employé la méthode de M. Malapert dans un assez grand nombre de cas, et les rapides guérisons qu'il avait obtenues l'engageaient à conseiller aux praticiens l'adoption d'un procédé d'une exécution si facile. M. Reynaud avait appliqué le vésicatoire dans tous les cas de bubons, qu'ils fussent enflammés, indolens, ou avec foyer de suppuration, et il avait obtenu ainsi une grande économie de temps et de moyens plus dispendieux.

Nous devons ajouter que ces deux chirurgiens attribuaient à l'action spécifique du mercure, ainsi appliqué directement sur le symptôme syphilitique, la prompte résolution de la tumeur, et par suite la guérison parfaite de la maladie, opinion que nous ne tarderons pas à démontrer tout-à-fait contraire à l'observation.

M. Cullerier fut d'autant plus frappé des résultats avantageux annoncés dans ces Mémoires, que depuis long-temps il employait avec beaucoup de succès les vésicatoires appliqués sur les bubons indolens, mais uniquement comme moyen résolutif, et sans les recouvrir d'une solution caustique. Il s'empressa donc de se livrer à une série d'expériences assez nombreuses, pour qu'il ne restât absolument aucun doute sur l'action de ce moyen. C'est de ces tentatives, qui aujourd'hui sont changées en méthode générale, que nous allons entretenir nos lecteurs.

La solution de sublimé (vingt grains par once d'eau distillée) a été appliquée sur la peau préalablement dénudée par un vésicatoire et recouvrant des bubons qui dataient de quelques jours, et étaient parvenus à un très-faible développement. Ordinairement la marche de la tumeur a été enrayée, et après être resté quelques jours stationnaire, l'engorgement s'est promptement résolu.

Dans cette expérience, le procédé indiqué par M. Malapert a été exactement suivi; seulement les malades ont été soumis au repos du lit, et le caustique n'a été appliqué qu'une seule fois jusqu'à la chute de l'escarre.

Lorsque les bubons, parvenus à une période plus avancée, étaient rouges, enflammés, douloureux, mais ne contenaient point encore de foyer de suppuration, le même moyen a paru accélérer leur résolution; cependant ses effets ont été moins appréciables que dans le cas précédent, bien qu'on eût eu recours en même temps à des applications de sangsues autour de la base indurée.

Lorsqu'un foyer de suppuration était établi, l'application des vésicatoires et du caustique pouvait être suivie de deux effets différens : la peau était-elle amincie et la fluctuation très-manifeste? le caustique la détruisait dans toute son épaisseur, et donnait issue au pus absolument comme l'aurait fait une application de pierre à cautère. La peau conservait-elle encore de l'épaisseur? à la chute de l'escarre on voyait quelquefois le pus filtrer au travers des mailles du derme, et le matin une certaine quantité s'en trouvait déposée sur le cataplasme émollient dont on recouvre toujours le bubon. Dans beaucoup de cas, le pus réuni au centre du bubon ne sortait point à l'extérieur, et celui qu'on trouvait dans le cataplasme provenait de la surface dénudée, qui suppure comme un cautère ou un vésicatoire. Enfin, quelquefois la peau était percée par un certain nombre de trous qui donnaient issue à la suppuration. Quelle que soit, au reste, la source de la sécrétion qu'on trouve à l'extérieur, ses résultats n'en sont pas moins des plus satisfaisans sur la marche de la tumeur, qui ne tarde pas à s'affaisser; la fluctuation devient peu à peu moins sensible, et le pus finit par s'absorber entièrement. Le bubon est alors réduit aux conditions les plus simples, et on en achève la résolution par de nouveaux vésicatoires, ou l'emploi des moyens indiqués dans l'article précédent.

Mais si le moyen proposé par M. Malapert a été utile dans les périodes que nous venons d'indiquer, c'est surtout contre le bubon avec forme chronique qu'il s'est montré véritablement efficace. Ici il est presque toujours nécessaire de recourir plusieurs fois aux applications caustiques; mais ces applications seraient à peu près sans action si on les renouvelait avant la chute de l'escarre; et faites sur la plaie elle-même avant sa cicatrisation, elles détermineraient une irritation trop forte pour l'effet qu'on veut en obtenir. Il faut donc attendre, pour réappliquer les plumasseaux imbibés de solution caustique, que la cicatrisation soit opérée, ou bien placer de nouveaux vésicatoires sur d'autres points de la masse engorgée; c'est en cela que la méthode adoptée par M. Cullerier diffère de celle que M. Malapert a préconisée.

Ainsi, en résumé, le vésicatoire employé dans presque tous les cas de bubons syphilitiques qui se sont présentés dans le service de M. Cullerier, depuis plus d'une année, a paru un moyen d'une utilité incontestable; son efficacité nous est démontrée surtout au début du bubon et dans le bubon chronique ou indolent. Lorsqu'il s'est formé un foyer de suppuration, il a favorisé l'absorption du pus et la résolution de la tumeur; et dans le bubon douloureux et inflammatoire, si ses heureux effets ont été moins bien constatés, il n'est du moins jamais résulté d'accidens de son application: voyons cependant quels sont les inconvéniens attachés à cette méthode.

Un plumasseau de charpie imbibée d'une solution caustique, appliqué sur le derme dénudé, cause une douleur assez vive qui se prolonge pendant plusieurs heures (en général, on le laisse en place pendant quatre à cinq heures); cependant les malades ne se refusent jamais à de nouvelles applications nécessitées par la persistance de l'engorgement, ce qui démontre que ces sortes d'application ne sont pas très-pénibles.

Le second reproche qu'on pourrait faire à cette cau-

térisation est la cicatrice qu'elle laisse après elle. M. Cullérier pensait d'abord que, la peau n'étant pas profondément détruite par le caustique, il n'en résulterait que des traces légères et momentanées; mais, depuis quelques mois, plusieurs malades, déjà traités par cette méthode, sont rentrés dans l'hôpital pour une infection nouvelle; ils conservent dans l'aine de larges plaques blanches semblables à celles qui résultent des vésicatoires qui ont long-temps suppuré, et que le temps ne parviendra jamais à effacer; ces marques indélébiles sont assurément préférables aux cicatrices difformes qui résultent de l'ouverture de certains bubons; mais, comme un grand nombre d'entre ces tumeurs n'auraient point suppuré si on les eût traitées autrement, que, par conséquent, elles n'auraient laissé aucune cicatrice, on peut en conclure que ces traces ineffaçables sont un inconvénient attaché au procédé de M. Malapert.

Les deux reproches qu'on peut faire à cette méthode sont loin d'être suffisans pour la faire rejeter de la pratique; car ces inconvéniens sont largement compensés par l'avantage inappréciable d'éviter de pratiquer des ouvertures avec l'instrument tranchant, et de hâter singulièrement la résolution de ces tumeurs syphilitiques; ce sont ces raisons qui ont engagé M. Cullerier à adopter d'une manière générale le procédé des vésicatoires avec cautérisation dans son hôpital et dans sa pratique particulière, comme un moyen auxiliaire de tous ceux que nous avons exposés dans les articles précédens.

Il nous reste à dire quelques mots du mode d'action de ces vésicatoires sur ces tumeurs syphilitiques. MM. Malapert et Reynaud ont attribué à l'action du mercure la prompte résolution du bubon; mais les observations de M. le docteur Ordinaire, ont prouvé qu'aucune parcelle de sublimé n'est introduite dans l'économie; que l'action de ce caustique est purement locale, et absolument nulle au-delà de l'escarre. Les faits suivans renversent d'ailleurs d'une manière complète la théorie qui nous est proposée.

M. Cullerier a remplacé la solution de sublimé par la solution de sulfate de cuivre (un à deux gros par once), de sulfate de zinc (même dose), de sulfate de cadmium (quarante grains par once), l'iode pure, le sous-acétate de plomb pur, etc. Les résultats ont été absolument les mêmes, et la résolution n'a été plus tardive que lorsque l'escarre était moins profonde. Sous ce rapport, la solution de sulfate de cuivre a même été trouvée préférable, et c'est elle qu'aujourd'hui l'on emploie d'une manière générale.

C'est donc à la révulsion opérée par une irritation vive déterminée sur la peau, et à la sécrétion abondante qui en est la suite, qu'il faut attribuer les succès obtenus par cette méthode, et non à l'action spécifique du mercure, puisque tous les autres caustiques agissent de la même manière (1).

Les vésicatoires ont été appliqués par cette même méthode au cou, aux aisselles et sur toutes les parties du corps où les bubons se manifestent ordinairement. Les effets ont été les mêmes; seulement on doit remarquer que, comme ces bubons, qui sont le plus ordinairement le signe d'une affection générale, résistent avec plus d'opiniâtreté que les bubons primitifs, et que, lors même qu'ils sont le résultat d'une infection récente, la cure en est toujours fort difficile, on a dû obtenir plus tardivement leur résolution complète.

M. Cullerier ne s'est pas borné à étendre l'application de la méthode de M. Malapert à tous les cas de bubons syphilitiques, il en a fait l'essai contre un symptôme consécutif fort grave, et qui résiste le plus ordinairement à tous les moyens qui sont en notre pouvoir: nous voulons parler des tubercules qui se développent ordinairement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et que les auteurs ont quelquefois désignés par le nom de tumeurs gommeuses.

On sait que ces tumeurs, une fois parvenues à un certain degré de développement, ne sont plus susceptibles de résolution, qu'elles s'abcèdent au bout d'un temps plus ou moins long, et qu'elles se transforment alors en ulcères qui ne se referment qu'avec les plus grandes difficultés, et en laissant des cicatrices profondes, inégales et de l'aspect le plus hideux.

Jusqu'à ce jour, quatre malades seulement, affectés de tumeurs semblables, et présentant sur d'autres parties du corps des cicatrices profondes résultant de ces tubercules ulcérés, ont été soumis à l'application du vésicatoire, qu'on a employé absolument de la manière indiquée pour le bubon inguinal. Chez tous on a obtenu en fort peu de temps la résolution complète. Un d'eux portait quatre tumeurs de ce genre, et en a été successivement débarrassé. Il est encore à l'hôpital, et l'on s'occupe de détruire les cicatrices en relief qui couvrent plusieurs parties de son corps, par des vésicatoires sans solution caustique.

Tout porte donc à croire que le vésicatoire, appliqué sur ces tumeurs non abcédées, sera le meilleur remède à leur opposer, et, sous ce rapport, cette application thérapeutique sera de la plus haute importance, car, nous le répétons, jusqu'à présent il avait été à peu près impossible d'empêcher ces tumeurs d'abcéder.

Observation de péritonite survenue à la suite d'accouchement, rapidement guérie par les frictions mercurielles; par le docteur Duffresse-Chassaigne.

Une jeune dame accoucha le 12 mars 1834, pour la cinquième fois, d'un enfant âgé de cinq mois, et mort depuis plusieurs jours. Le dix-septième jour de ses couches elle s'exposa à l'action d'un air froid et humide,

(1) M. Cullerier a quelquefois appliqué ces vésicatoires autour de la tumeur; l'amélioration qui en est résultée l'engagera sans doute à répéter ces expériences.

et dès le soir quelques douleurs légères se firent sentir dans la partie inférieure gauche du ventre. Le 30 les douleurs augmentèrent, et le 31 elle était étendue horizontalement sur le dos, ne pouvant faire le moindre mouvement sans éprouver de vives souffrances. La région inférieure gauche de l'abdomen était très-sensible au toucher; la face était rouge, le pouls petit, fréquent. (*Saignée de seize onces, vingt sangsues sur la partie douloureuse du ventre et dix au siége, fomentations émollientes.*)

Les applications de sangsues déterminèrent chez cette femme, qui était très-nerveuse, les attaques d'hystérie les plus violentes : tantôt elle restait sans mouvement et sans respirer, tantôt la respiration était haute et ronflante, elle se soulevait, faisait des efforts de vomissemens, et s'agitait convulsivement. Enfin, ces accidens se calmèrent, ainsi que le mal de tête; mais les douleurs du ventre étaient intolérables. (*Potion calmante, friction sur le ventre avec un gros d'onguent mercuriel.*) Trois heures après, la malade avait dormi d'un paisible sommeil, les extrémités étaient chaudes et tout le corps couvert d'une douce moiteur; la douleur était fort diminuée, le pouls moins fréquent. Le 1er avril la nuit avait été calme, cependant la douleur du ventre était revenue plus intense. (*Continuation de la friction avec un gros d'onguent mercuriel, un bain entier, un demi-lavement émollient, fomentations sur le ventre.*) Le soir la douleur était beaucoup diminuée. (*Une nouvelle friction avec un gros d'onguent.*)

Le 2 avril le ventre était souple et non douloureux à la pression. (*Même friction.*) Le 3 la maladie principale pouvait être considérée comme guérie; mais les frictions faites avec quatre gros d'onguent mercuriel avaient déterminé une salivation des plus intenses, qui ne céda qu'après dix jours d'un traitement approprié.

Réflexions. Nous avons laissé à cette observation le titre que lui a donné son auteur, bien qu'il soit loin de notre pensée de vouloir la présenter à nos lecteurs comme un exemple de l'efficacité des frictions mercurielles dans les affections de ce genre. Il nous semble, au contraire, évident que l'amélioration rapide n'est due qu'aux abondantes émissions sanguines fort prudemment pratiquées dès le début de la maladie, aux embrocations émollientes, aux bains, etc., dont on n'a pas discontinué l'usage. Cependant M. Duffresse-Chassaigne, attribuant tout l'honneur de la guérison aux frictions mercurielles, croit que les sangsues n'ont fait qu'aggraver le mal; « ce qui le prouve d'ailleurs, ajoute-t-il, c'est l'amélioration survenue presque subitement après la première friction, et l'action rapide du médicament sur les glandes salivaires et la membrane muqueuse de la bouche.» On ne doit pas être surpris qu'une application de trente sangsues ait déterminé chez une femme nerveuse de violentes attaques d'hystérie; mais peut-on en conclure que l'inflammation du péritoine en ait été aggravée, quand on voit les accidens du côté du ventre se dissiper bientôt d'eux-mêmes, ainsi que la céphalalgie? Il est évident que les déplétions sanguines ne pouvaient amener d'amélioration pendant la durée même des convulsions; elles n'ont d'ailleurs jamais d'action sensible sur l'économie qu'après un certain temps, et cependant c'est aussitôt que le calme est rétabli qu'on s'empresse de faire des frictions mercurielles. Ne peut-on pas objecter que quelques instans encore, et l'on allait juger de l'effet des saignées? Cela est d'autant plus probable, que c'est immédiatement après l'emploi des frictions que survient une détente générale; or, quelque vertu que l'on prête à l'onguent mercuriel, il est impossible de lui accorder une action aussi instantanée. C'est précisément cette rapide guérison, qu'on assure être si probante en faveur du remède, qui nous fait croire qu'il est resté tout-à-fait étranger à la guérison; et si le lendemain il y a eu exacerbation momentanée dans les douleurs, n'a-t-on pas donné un bain qui les a dissipées de nouveau? Quant à l'action rapide du médicament sur les glandes salivaires, elle ne nous paraît pas davantage attester son efficacité; car il n'y a rien d'étonnant à ce que quatre gros d'onguent mercuriel dépensés en frictions dans l'espace de deux jours, chez une femme délicate, aient déterminé une violente salivation.

En résumé, c'est aux émissions sanguines, et non aux frictions mercurielles, qu'il faut attribuer dans ce cas la guérison. Ce n'est pas que nous veuillons mettre en doute les succès qu'on a obtenus par cette méthode, succès que nous avons consignés ailleurs, nous prendrons au contraire l'occasion de rappeler que ces frictions ont paru produire quelque effet dans un petit nombre de cas, et que c'est une ressource pour le praticien, lorsque tous les autres moyens ayant été tentés, le malade paraît menacé d'une mort certaine. Ajoutons enfin qu'il semble résulter de plusieurs faits publiés récemment, que l'onguent mercuriel doit être employé plutôt en *onctions* qu'en frictions, le moindre frottement déterminant de la douleur, et pouvant par conséquent aggraver l'inflammation.

Note sur un nouveau procédé pour la réduction des luxations du fémur.

M. le docteur Valette, chirurgien-major du 42e régiment de ligne, nous communique la note suivante :

« M. le docteur Rognetta a donné, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (août 1834), la description d'un *nouveau* procédé pour la réduction des luxations du fémur; ce procédé, que quelques personnes qualifient de *méthode italienne*, parce qu'on le trouve fort bien exposé dans le grand ouvrage de chirurgie de Monteggia, mérite d'être connu des praticiens.

» Quelle que soit l'espèce de luxation de la cuisse à laquelle on a affaire, le malade est couché en supination sur un matelas placé par terre; plusieurs aides assujettissent le corps dans cette position. Le chirurgien saisit le membre luxé, l'élève comme pour le fléchir sur le bassin, et par là met dans le relâchement tous

les muscles qui de cette cavité se rendent au fémur. Ensuite, seul ou de concert avec un aide vigoureux, il tire fortement et subitement ce membre en haut, comme pour soulever le bassin; en même temps il fait tourner le fémur sur son axe, en le portant dans une direction opposée à celle où il se trouve par l'effet du déplacement On recommence plusieurs fois la même manœuvre, s'il est nécessaire, et la luxation se réduit avec une *extrême facilité*.

» Je n'oserais assurer qu'il en sera ainsi dans tous les cas; mais je crois devoir rappeler ici que l'illustre chef de la chirurgie militaire, M. le baron Larrey, a eu recours en 1819 à un procédé analogue à celui que nous venons de décrire, et cela avec le plus grand succès, quoique le cas fut extrêmement grave. Le fémur était luxé en haut et en avant; le membre était tellement écarté et renversé sur le bassin qu'il formait une équerre avec celui du côté opposé; le pied et le genou étaient déviés en dehors; la fesse et l'éminence trochantérienne étaient remplacées par une dépression profonde; la tête du fémur faisait une saillie prononcée au pli de l'aine, sous les vaisseaux cruraux qui en étaient fortement distendus; le membre était tuméfié, de couleur marbrée et complètement immobile. Le blessé éprouvait des douleurs vives et déchirantes à l'aine et au bas-ventre; la jambe était engourdie et le pied froid.

» Nous avions vainement fait plusieurs extensions, et l'on désespérait du succès de nos manœuvres, dit M. Larrey, lorsque je réduisis seul la luxation, en élevant tout-à-coup avec mon épaule l'extrémité inférieure de la cuisse, tandis que j'abaissais avec mes deux mains la tête du fémur portée au-devant de la branche horizontale du pubis. Par ce double mouvement simultané et exécuté avec force et promptitude, la luxation fut réduite, et le malade soulagé sur-le-champ. » (*Nouv. Journ. de médecine.* 1819.)

J'ai conservé le titre de *nouveau* au procédé de Monteggia : toutefois il ne faut pas oublier qu'Hippocrate, après avoir décrit les différentes méthodes de réduction usitées de son temps, dit positivement que, pour réduire les luxations de la cuisse, il suffit souvent de fléchir le membre au pli de l'aine, et de lui faire exécuter un mouvement de circumduction. Paul d'Egine avait recours à un semblable procédé, et, plus récemment, quelques chirurgiens anglais, Anderson et Kirkland, réduisaient les luxations de la cuisse en fléchissant le membre à angle droit. Pontcau et Paletta donnent également le précepte de fléchir la cuisse à angle très-aigu, après l'avoir tournée en dehors pour la reporter en dedans en décrivant un demi-cercle. » *Voy.* la Chirurgie de Léveillé.)

MÉDECINE LÉGALE.

LETTRE DEUXIÈME.

§ I. — *Des conditions dans lesquelles vous serez placé lorsque vous ferez un rapport. — Manière de recueillir les faits. — Modèle de rapport. — Préceptes à observer dans les conclusions à prendre. — Portée des conclusions du médecin.*

Monsieur,

Dans ma première lettre, je vous ai conduit auprès du juge d'instruction, et je vous ai tracé la ligne des devoirs que vous auriez à y remplir. Vous avez reçu une ordonnance; vous allez actuellement la mettre à exécution; veuillez donc vous reporter, pour sa teneur, aux termes dans lesquels je l'ai transcrite, car, lorsque l'on remplit une mission de ce genre, il faut se renfermer autant que possible dans l'esprit qui l'a dictée.

Vous vous rendrez donc au bois de... (poste des gardes forestiers), et là vous ferez connaître au sieur D... l'objet de votre mission; cependant, dans quelques circonstances, vous aurez intérêt à le taire, et alors vous vous bornerez à décliner le rang du magistrat qui vous a délégué.

Vous paraîtrez ignorer les circonstances dans lesquelles les blessures auront été reçues, et vous adresserez au sieur D... toutes les questions que vous jugerez propres à éclairer la manière dont elles auront été faites. Si ses réponses ne sont pas en rapport avec les documens que vous possédez, vous lui en ferez l'observation. Admettons donc qu'il vous relate les faits suivans :

A. *Le* 11 *juin* 1834, *à quatre heures et demie du matin, j'ai surpris deux personnes qui chassaient dans la forêt; j'ai voulu les arrêter; elles se sont défendues, et m'ont porté plusieurs coups, tant sur la tête qu'à la figure, avec la partie du fusil où se trouvent les pistons; il en est résulté* 1° *plusieurs contusions légères au cuir chevelu;* 2° *une contusion plus forte au-dessus du sourcil gauche;* 3° *une troisième contusion au-dessous de l'œil gauche, avec plaie qui a donné une assez grande quantité de sang. Toutefois je n'ai pas perdu connaissance; je suis resté vingt-quatre heures à la chambre sans cependant garder le lit. Un médecin m'a fait appliquer trois sangsues au-dessous de l'œil gauche, la contusion qui existait dans ce point étant la plus considérable. Je n'ai pas été saigné, il n'est pas survenu d'accidens, et j'ai pu me livrer jusqu'à ce jour à quelques occupations peu fatigantes.*

Vous procéderez alors à l'examen de ces blessures dont vous prendrez note; cet examen vous conduira, je suppose, à la description suivante :

B. *Il ne reste que des traces de la contusion du front et de celle de la pommette gauche. A la place de la première se trouve une tache bleuâtre de trois à quatre*

lignes de largeur sur un pouce de longueur. La seconde consiste dans une tache bleuâtre, environnée d'un cercle jaune qui contourne la paupière inférieure, remonte vers la racine du nez, parcourt sa jonction avec le front, et se dessine encore en dedans de l'œil droit On aperçoit très-distinctement les piqûres des trois sangsues; l'une d'elles paraît un peu plus grande que les deux autres; elle a une forme alongée qu'elle ne présente pas ordinairement; le malade nous en fait connaître la cause en nous apprenant qu'une sangsue s'est fixée auprès de la petite plaie dont il nous a annoncé l'existence. (*Cette plaie avait donc de bien faibles dimensions, puisqu'il a suffi de la morsure d'une sangsue pour la masquer en partie.*)

Du reste, la santé générale du malade est bonne, il ne ressent de ses blessures d'autre incommodité qu'un état de pesanteur à la tête quand il s'éveille le matin.

Muni de ces documens, vous procéderez, soit immédiatement, soit dans le silence du cabinet, à la rédaction de votre rapport, d'après les règles que je vais vous tracer.

Confection des rapports.

Tout rapport comprend trois parties distinctes :

1° Le *préambule*, que l'on appelle encore *protocole*, *formule d'usage*, *etc.*

2° L'*exposition*, ou narration, description des faits;

3° Les *conclusions.*

Dans le préambule, on place par ordre la date du jour et l'année où l'on procède à l'expertise;

Les noms, titres et demeure de l'expert;

La qualité du magistrat qui a requis;

Le lieu où l'on s'est transporté pour procéder à l'expertise, et même, dans quelques cas, la description minutieuse des localités;

L'objet de l'ordonnance en vertu de laquelle on est délégué;

Ce que l'on a appris des personnes auprès desquelles on s'est transporté, ou des étrangers qui l'assistaient, en tant que ces détails peuvent offrir quelque intérêt pour la justice.

L'exposition des faits comprend tout ce que l'on a observé (*quod visum et repertum*).

Les conclusions doivent être la conséquence rigoureuse des faits.

Ainsi, pour l'exemple que je viens de vous citer, vous formuleriez votre rapport comme je vais le faire.

Préambule. Le vingt juin mil huit cent trente-quatre (en lettres et non pas en chiffres; cette observation est applicable à tous les nombres, quel que soit l'objet qu'ils expriment), nous, M. G. A. D..., docteur en médecine, demeurant à X..., commune de..., département de..., en vertu d'une ordonnance de M..., juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de..., en date du dix-neuf courant; nous sommes transporté au bois de..., commune de..., à l'effet *de visiter le nommé D...., garde forestier, de constater la nature, la gravité et la durée présumée des blessures qui lui ont été faites, et la maladie ou incapacité de travail personnel qui a pu ou pourra en résulter.* (On doit toujours rapporter les termes de l'ordonnance, et les souligner afin de faire voir qu'ils ont été copiés textuellement.)

Après avoir fait connaître au sieur D... l'objet de notre mission, nous lui avons adressé quelques questions sur les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi ses blessures; il nous a appris que, le onze juin mil huit cent trente-quatre, à quatres heures et demie du matin, etc. La suite comme en A...

Exposition des faits. Nous avons alors examiné le sieur D..., et nous avons observé qu'il ne reste de traces de ses blessures, etc. La suite comme en B...

Conclusions. D'où nous concluons :

1° Que les blessures du nommé D... n'ont pas présenté et ne présentent pas, quant à présent, de gravité;

2° Qu'il y a tout lieu de croire qu'il ne se manifestera pas d'accidens d'ici à la disparition complète des traces des contusions qu'il a reçues;

3° Que l'on peut évaluer à huit à dix jours l'incapacité de travail qui aura été le résultat de ses blessures.

La rédaction d'un rapport doit être claire, concise, les phrases courtes, exprimant en général un seul fait. Il faut, autant que possible, éviter les termes techniques, afin de se faire comprendre de tout le monde. Lorsque la dénomination est par trop vulgaire, et qu'elle pourrait faire taxer le médecin d'ignorance des termes de son art, on doit se servir du mot technique, et placer la signification qu'il représente entre deux parenthèses. Tous les faits qui peuvent conduire à des circonstances importantes, sous le rapport des conclusions que l'on devra prendre, seront annotés par un *numéro d'ordre*, de manière à motiver les conclusions d'après chacun d'eux.

Cette méthode n'est pas une règle dont on ne puisse pas s'abstenir; mais, lorsqu'elle est employée avec succès, elle dénote un esprit juste et conséquent; vous en trouverez l'exemple dans le modèle de consultation médico-légale que je vous donnerai. Il faut bien se garder de la mettre en usage quand on n'est pas bien sûr d'interpréter à sa juste valeur chacun des faits en particulier. Voici quelles pourraient être les conséquences d'une méthode inverse : tout rapport, quelque simple qu'il soit, peut devenir par la suite l'objet de discussions. De nouveaux médecins sont appelés à donner leur avis sur les premiers rapports, et c'est alors qu'ils commentent chacun des faits en particulier; leur position leur impose l'obligation d'annoter ceux dont on n'a pas tiré des conséquences rigoureusement exactes.

Quant aux conclusions, elles ne doivent jamais être que la conséquence rigoureuse de chacun des faits, *suivant les uns*, et l'expression de la conviction morale du médecin, *suivant les autres.* La manière de voir des premiers nous paraît trop exclusive. D'après elle, il faudrait prendre chacun des faits *isolément*, les peser à leur juste valeur, et voir ce qu'ils prouvent : eh bien! il arrive souvent que sur vingt faits isolés, on n'en trouve pas un qui puisse donner la preuve d'un crime;

mais, si l'on vient à grouper ces faits, on acquiert des présomptions tellement grandes, d'après leur agglomération, qu'elles équivalent à une preuve, ou au moins qu'elles suffisent pour établir une *conviction*.

Or, la justice appelle les médecins pour interpréter des faits dont elle ne peut pas connaître; elle met, à l'égard de ces faits, le médecin en son lieu et place; elle le qualifie d'expert, c'est-à-dire qu'elle lui reconnaît l'aptitude pour juger; elle lui demande un jugement qu'elle accepte et qu'elle reconnaît, par cela même qu'elle ne peut pas l'infirmer : c'est donc à la conviction morale du médecin qu'elle se rapporte. Ainsi qu'au juré, elle ne lui demande pas la raison pour laquelle il a conclu de telle ou de telle manière; elle accepte ses conclusions.

C'est cette latitude si grande, que le juge laisse au médecin, qui doit le rendre circonspect, et lui faire sentir toute la portée des décisions qu'il va prendre : aussi a-t-on dit avec raison que, dans les affaires criminelles qui rentrent dans le domaine de la médecine, l'expert tient en ses mains le sort de l'accusé. La conviction médicale s'établira donc surtout sur l'ensemble des faits médicaux, et non pas sur une foule de renseignemens souvent inexacts que le médecin peut recueillir des personnes auprès desquelles il est obligé de se rendre.

On est, en général, porté à conclure affirmativement. Il faut se prémunir contre cette tendance à résoudre ce qui est insoluble : le défaut contraire a aussi ses inconvéniens. Nous avons fréquemment entendu dire à des magistrats que, dans beaucoup de circonstances, ils auraient préféré n'avoir pas consulté de médecins, parce que leurs conclusions les avaient jetés dans une incertitude d'autant plus complète qu'ils étaient incapables d'apprécier les motifs sur lesquels était basé le doute des experts.

En général, un médecin ne doit pas prendre de conclusions *ex abrupto*, à moins qu'il ait une grande habitude d'observer les mêmes faits sous le même point de vue : c'est dans le silence du cabinet qu'il tire des inductions des faits du jour.

Dans beaucoup de circonstances vous serez appelé à procéder en présence d'un juge d'instruction qui vous aura accompagné dans votre expertise. La marche à suivre est alors toujours la même : seulement le magistrat vous appellera auprès de lui, il vous fera connaître le but dans lequel il vous a mandé. Si vous acceptez la mission qu'il va vous faire remplir, vous vous rendrez avec lui sur les lieux : là il vous remettra une ordonnance qui contiendra l'exposition des faits sur lesquels vous aurez à vous expliquer; il vous fera ensuite prêter serment, et vous mettra en rapport avec le corps de délit pour l'explorer. Souvent alors l'expert procède à la rédaction immédiate de son rapport, le magistrat ayant un intérêt puissant à recueillir le plus de renseignemens possible dans un espace de temps très-court, afin d'arriver à la découverte de l'auteur du crime. Il faut que vous sachiez que, dans ces circonstances même, vous n'êtes pas tenu à prendre immédiatement des conclusions; mais on peut exiger de vous le corps de votre rapport, qui comprend la narration des faits.

Pendant votre expertise, gardez-vous bien de tirer des conséquences des faits que vous observerez en présence des magistrats. Sachez que souvent même vous serez invité à vous expliquer au fur et à mesure de vos recherches. Vous ne devez pas de réponse à ces questions indiscrètes : en satisfaisant une curiosité déplacée, vous vous exposeriez à vous contredire, parce qu'il est impossible de conclure d'après un fait isolé; parce qu'une circonstance nouvelle peut venir détruire une opinion fondée sur une observation faite antérieurement.

Enfin vous ferez la remise de votre rapport entre les mains du magistrat qui vous aura requis; vous en signerez le dépôt. Vous joindrez à votre rapport l'ordonnance qui vous a été confiée et la lettre d'avis que vous avez reçue. (Voir lettre première, *des conditions dans lesquelles vous serez placé lorsque vous serez appelé à faire un rapport.*) Alors on taxera votre expertise de la manière suivante : Vu le rapport du sieur..., en date du... ;

Vu l'art. 17 du décret du 18 juin 1811, avons, sur sa réquisition, accordé taxe au sieur..., et l'avons fixée à la somme de..., pour visites et rapports;

Et attendu que la partie prenante n'est pas habituellement employée;

Attendu l'urgence et l'absence de partie civile en cause;

Vu les art. 123 et 134 du décret précité;

Ordonnons que ladite somme de..., montant des causes sus-énoncées, sera payée au sieur... par le receveur de l'enregistrement au bureau du Palais de justice, sur les fonds de la justice criminelle.

§ 2. — *Des rapports administratifs; de leur forme; des connaissances que doit posséder le médecin pour les accepter. — Des rapports d'estimation.*

Les règles générales que je vous ai tracées peuvent être appliquées à la confection des rapports administratifs; car qu'il s'agisse de recherches propres à constater l'existence d'un corps de délit ou d'une question de salubrité, il faudra toujours qu'un rapport comprenne un préambule, une narration des faits et des conclusions; c'est donc la même marche à suivre.

Un médecin doit attacher la même importance à un rapport administratif qu'à un rapport judiciaire; car, si dans ce dernier il s'agit d'une peine afflictive ou infamante, dans le premier c'est l'existence de toute une famille qui peut être compromise.

Vous serez presque toujours en butte aux sollicitations de toute espèce : d'un côté, les personnes intéressées au déplacement d'un établissement; de l'autre, les propriétaires de l'usine. C'est à vous de vous prémunir contre leur influence; vous y parviendrez facilement alors que vous aurez pénétré dans tous les détails des opérations qui constituent la fabrication, et que votre

conviction sur la salubrité ou l'insalubrité sera basée sur vos observations.

Je ne saurais trop vous recommander de vous abstenir, toutes les fois que vous ne vous croirez pas une somme d'instruction suffisante pour apprécier les faits. N'imitez pas en cela les médecins qui sollicitent leur admission dans les conseils de salubrité sans posséder des notions sur les diverses branches d'industrie, et qui ne voient qu'un titre dans des fonctions d'une aussi haute importance.

Des rapports d'estimation. Je terminerai cette lettre en vous exposant les règles générales que Devaux a établies à l'égard de ce genre de rapports.

Outre les règles générales que je vous ai tracées pour les autres rapports, il faut 1° marquer en marge du mémoire qui a été présenté le jugement porté sur chaque article pour prouver que l'on a fait droit sur tous avec l'exactitude requise. 2° Si l'on réduit le prix d'un article à une moindre somme, cette somme modifiée doit être marquée en chiffres. 3° Lorsqu'on ne trouve rien à retrancher, on doit mettre en marge le mot *bon*. 4° Le travail terminé, on doit le certifier en bas du mémoire. 5° Dans l'appréciation des honoraires réclamés par la partie intéressée, il faudra avoir égard à la nature et à la gravité de la maladie; aux soins qu'elle a dû nécessiter, à sa durée; aux pansemens dont elle a été l'objet; à la proximité ou à l'éloignement du malade, et surtout à la qualité et à la fortune de ce dernier. 6e s'il s'agissait de fourniture de médicamens, on devrait adopter un prix moyen auquel les substances sont débitées chez les pharmaciens.

A. D.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

FÉVRIER 1835.

N° 6. — 7 FÉVRIER.

THÉRAPEUTIQUE

—

TRAITEMENT DE LA DYSENTÉRIE PAR LE CALOMEL ADMINISTRÉ A DOSES ÉLEVÉES, par le docteur SMITH, médecin de la maison de travail et de l'asile des aliénés de la ville d'Édimbourg (1).

La maladie dans laquelle le calomel à haute dose a été employé avec succès ayant été observée dans la maison de travail d'Édimbourg, nous allons dire quelques mots sur cet établissement avant de passer à la description de la maladie elle-même.

Les bâtimens sont situés sur un lieu élevé et découvert, dans l'un des quartiers les plus sains de la ville, et complétement isolés. Cette maison est destinée à recevoir des pauvres qui la plupart sont vieux et infirmes, et en renferme environ quatre cents ; ils jouissent généralement d'une bonne santé, et beaucoup d'entre eux qui, à l'époque de leur admission, semblent arrivés au dernier degré du marasme et de l'épuisement, recouvrent en peu de temps de l'embonpoint et de la force.

Les salles sont vastes et bien disposées pour la ventilation. La nourriture se compose surtout de substances végétales, de farineux et d'une petite quantité de viande. Les maladies auxquelles sont sujets les habitans de cet établissement sont le plus souvent chroniques et l'on y observe ordinairement pendant l'été et l'automne quelques affections intestinales, comme la diarrhée, la dysentérie, le choléra indigène. Ces maladies, qu'on peut regarder comme endémiques dans l'institution, dépendent probablement de l'excès des substances végétales dans l'alimentation.

Telles étaient les circonstances au milieu desquelles apparut la dysentérie, le 24 juillet 1833, lorsque la température de l'atmosphère n'offrait aucun changement notable. La première personne qu'elle frappa fut un jeune homme d'une faible constitution ; ensuite ce fut la garde qui l'avait soigné, et de ce moment la maladie parut presque simultanément dans tout l'établissement ; elle débutait ordinairement par des vomissemens et du dévoiement, des douleurs abdominales, une fièvre intense avec fréquence et petitesse du pouls et chaleur et sécheresse de la peau. Chez d'autres, un accablement considérable suivait les premiers symptômes, le pouls était faible et petit, la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse et le facies notablement altéré. La matière des vomissemens était ordinairement muqueuse ou composée des liquides que le malade avait bus ; elle contenait rarement de la bile.

Les douleurs abdominales offraient des grandes variétés sous le rapport du siége comme de l'intensité ; le plus souvent, le malade les rapportait aux régions ombilicale et hypogastrique ; quelquefois elles se faisaient sentir à l'épigastre, et alors l'estomac était très-irritable, et il y avait des vomissemens et une sensation constante de brûlure. Les malades chez lesquels ces douleurs étaient légères n'étaient pas le moins vivement affectés.

L'état de la langue n'était pas le même chez tous ; au commencement, lorsque la fièvre était forte, elle restait sèche et chargée ; elle était souvent couverte d'un enduit au centre, mais humide et rouge sur les bords ; dans les cas très-graves, elle était sèche et mince comme un morceau de parchemin ; enfin, dans quelques cas d'une gravité extrême, elle conservait son état naturel. La soif était l'un des symptômes les plus communs, mais surtout dans une période avancée de la maladie, lorsque l'irritation et la douleur gastriques étaient très-vives. Alors le malade était continuellement tourmenté par le besoin de boire l'eau froide pour soulager la sensation de brûlure qu'il éprouvait dans l'estomac.

Le son de la voix offrait dans quelques cas un caractère tout-à-fait particulier, surtout lorsqu'il y avait des signes de collapsus ; alors le malade parlait très-bas et comme par un murmure. Le ténesme a été observé dans tous les cas, et même à une période avancée de la maladie, il fatiguait considérablement le malade, qui serait resté continuellement sur la selle si on le lui eût permis, par le besoin continuel qu'il éprouvait de vider le rectum.

(1) *N. du R.* Cet article, que nous empruntons à l'*Edimburg medical and surgical journal* (octobre 1834), déjà plein d'intérêt par lui-même, nous semble surtout propre à fixer l'attention au moment où plusieurs praticiens éclairés cherchent à rendre à la médication purgative, dans le traitement des affections intestinales, le rôle important que lui avait disputé la médecine physiologique, et que la routine lui refuse encore aujourd'hui. Les lecteurs de la GAZETTE MEDICALE trouveront d'autres détails sur le traitement par le calomel à haute dose, dans la dernière revue des journaux anglais (n° 51, année 1834.)

Les matières des déjections n'étaient pas toujours les mêmes ; mais un caractère qu'elles offraient constamment, c'est l'absence de la bile. Au commencement, elles contenaient fréquemment du sang et du mucus avec un mélange de matières fécales sèches et peu volumineuses. Lorsque la maladie avait duré quelque temps, elles ressemblaient à de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la viande crue, avec quelques flocons qui nageaient çà et là ou bien offraient plus de consistance et auraient pu être comparés à de la viande hachée. D'autres fois, elles contenaient un mélange de sang, de pus et de mucus et de matière calcaire. Quelquefois, et spécialement dans la dernière période de la dysentérie, les malades rendaient de grandes quantités de pus dont la couleur offrait de nombreuses variétés, depuis le blanc jusqu'à l'acajou foncé. Ce dernier caractère indiquait l'une des formes les plus graves de la maladie, et cependant à l'inspection cadavérique on ne trouvait point dans ces cas de vastes ulcérations dans l'intestin, mais seulement une dilatation considérable des glandes muqueuses et une altération de la sécrétion qu'elles fournissaient.

La présence des scybales était très-caractéristique ; car on les a retrouvées dans tous les cas, bien qu'à des époques différentes, quelquefois dès le commencement, d'autres fois plusieurs jours après le début de la maladie, ou seulement vers la fin, et dans ce cas leur réapparition était toujours d'un pronostic favorable. Pendant la convalescence, les matières avaient une grande tendance à prendre cette forme, et il fallait une grande attention pour prévenir cet accident. La quantité des matières évacuées variait beaucoup ; quelquefois toutes les selles étaient copieuses ; chez d'autres sujets, au contraire, elles étaient presque nulles, et c'est chez ces derniers que le ténesme était presque continuel. L'urine était peu abondante, mais les malades se plaignaient rarement que l'émission en fût difficile. On a rarement observé le météorisme dans le cours de la maladie, et on a vu quelquefois survenir le hoquet dans les dernières périodes ; mais alors il n'était pas, comme dans beaucoup d'autres maladies, le précurseur d'une terminaison funeste. Le délire, qui n'est venu que rarement, indiquait toujours une mort très-prochaine.

L'examen cadavérique a démontré que le siége principal de la maladie était dans le gros intestin ; car dans tous les cas où ils ont été examinés (ils l'ont été dans plus de trente), constamment ils offraient des altérations plus ou moins notables. Dans les cas les plus graves, le cœcum, le colon et le rectum présentaient un épaississement et une congestion remarquables dans toute leur étendue ; la muqueuse était couverte de sillons transversaux qui étaient granuleux et semblaient produits par la déposition d'une certaine quantité de lymphe coagulable. On trouvait entre ces sillons de nombreux ulcères d'une petite dimension. Le tissu sous-muqueux était toujours fortement injecté et présentait de larges ecchymoses ; toute la surface interne des intestins était ordinairement couverte d'une sécrétion purulente d'un rougé foncé, semblable aux matières que les malades avaient rendues avant leur mort ; quelquefois les ulcères avaient la largeur d'un schelling, et alors ils se trouvaient aux environs de la valvule iléo-cœcale. Dans un cas seulement, les trois tuniques étaient détruites dans la portion transversale du colon, mais la perforation était si étroite, qu'il ne s'était pas fait d'épanchement dans le péritoine. Lorsque les altérations du gros intestin étaient considérables, on trouvait dans toute la longueur de l'intestin grêle, et surtout vers la fin de l'iléum, une congestion très-prononcée et une sécrétion d'une couleur foncée. L'extrémité pylorique du duodénum était ordinairement injectée, et les glandes voisines gonflées. Dans quelques cas, la muqueuse gastrique offrait de l'injection avec des ecchymoses, et une certaine quantité de fluide d'une couleur foncée.

Le foie n'offrit pas d'altération bien notable ; deux ou trois fois seulement il parut injecté. La vésicule était dans tous les cas distendue par la bile qui paraissait être à l'état normal, de sorte que la sécrétion de ce fluide semblait n'avoir été ni suspendue ni altérée. La vessie urinaire était ordinairement distendue, bien souvent vide et contractée.

La maladie ayant pris aussitôt après son apparition un caractère très-prononcé de virulence et les moyens qui d'ordinaire sont utiles en pareil cas se trouvant alors sans efficacité, je dus recourir à d'autres moyens. Le souvenir des essais que j'avais vu faire dans le traitement du choléra où j'avais vu administrer des doses très-fortes de calomel sans aucun inconvénient appréciable, et l'analogie qui existait entre le choléra et la dysentérie que j'avais sous les yeux par l'absence de la bile dans ces deux maladies me déterminèrent à tenter l'essai de ce moyen dont l'efficacité dépassa immédiatement tout ce que l'on eût pu espérer de plus heureux ; car je puis énoncer positivement que dans tous les cas où le calomel a été porté à des doses assez fortes pour qu'il ait pu exercer son influence sur l'économie et déterminer la salivation, le résultat a toujours été heureux.

Dans le premier cas où le calomel fut administré à haute dose, il y avait des vomissemens continuels et une sensation de brûlure extrêmement vive à l'épigastre. La première dose fut suivie de la cessation de ces accidens. Encouragé par ce succès j'en fis l'essai à toutes les périodes de la maladie, même dans les cas où les symptômes étaient le plus alarmans et où, d'après l'âge avancé des malades et la faiblesse de leur constitution, on devait à peine conserver quelque espoir. Si l'état général semblait indiquer la nécessité d'une saignée, elle était pratiquée avant que l'on commençât l'administration du calomel et en même temps on prescrivait un laxatif ; mais comme dans le plus grand nombre des cas la saignée n'était pas indiquée, on avait immédiatement recours au calomel à la dose d'un scrupule avec addition dans quelques cas d'un grain d'opium, que l'on répétait toutes les quatre ou six heures, suivant l'urgence des symptômes jusqu'à ce que la salivation eut commencé, ce qui avait lieu or-

dinairement au bout de vingt-quatre ou trente heures; alors on cessait l'administration du calomel et le malade prenait une dose d'huile de ricin. L'effet immédiat de l'administration du calomel était le rétablissement du cours de la bile dans les intestins; les selles qui auparavant ne contenaient que du sang, du pus, du mucus et des débris, offraient alors de la bile et contenaient une matière verte qui ressemblait aux épinards.

Aussitôt que la bile avait reparu dans les selles tous les symptômes perdaient de leur intensité; les vomissemens et le ténesme allaient en diminuant ainsi que la douleur abdominale et la chaleur épigastrique, et le malade était considéré comme hors de danger.

Lorsqu'une fois la bouche était prise, la suite du traitement consistait simplement dans une diète convenable; l'administration d'un laxatif tel que l'huile de ricin tous les deux jours, pour entraîner au dehors les sécrétions viciées et l'emploi de quelques opiacés dans le but de diminuer la douleur et l'irritation, on a quelquefois été obligé, et surtout dans les cas où les déjections alvines avaient une forte tendance à se présenter sous forme de scybales d'administrer l'huile de ricin pendant plusieurs semaines avant que les selles eussent repris leur aspect naturel.

Outre ces effets que déterminait le calomel sur les intestins, il produisait encore un état de réaction remarquable; le pouls prenait de la plénitude et un certain degré de mollesse; la peau devenait chaude et moite; dans quelques cas la réaction déterminée par l'administration du calomel fut si forte qu'il survint du délire. Malgré la grande quantité du calomel qui fut donnée dans beaucoup de cas, avant que le ptyalisme eût commencé, on n'observa une forte salivation que dans deux ou trois cas, et encore peut-être pourrait-on attribuer cet accident à ce que les doses avaient été plus fortes qu'à l'ordinaire.

Malgré un résultat aussi favorable, je dois cependant dire que, dans plusieurs cas qui se sont offerts pendant l'été dernier (1833), je n'ai pas obtenu un succès aussi complet de l'administration du calomel à haute dose, car quelquefois cette préparation a semblé augmenter l'irritabilité de l'estomac. Je n'ai pu m'expliquer cette singularité, car ces cas étaient en tout semblables à ceux de l'année précédente, et, en outre, dans ceux qui se sont offerts cette année (1834); j'ai employé le calomel avec le même succès qu'en 1832. Cependant telle est la confiance que j'ai dans ce moyen que je ne balance pas à administrer le calomel à haute dose dans tous les cas de dysentérie, et même dans ceux de diarrhée simple non bilieuse; je prescris ordinairement dix grains de calomel avec un grain ou un demi-grain d'opium et cinq ou six heures après une dose d'huile de ricin; de cette manière je ne manque jamais de rétablir le cours de la bile et une ou deux doses suffisent ordinairement pour arrêter la diarrhée entièrement.

Quant aux autres moyens que l'on emploie d'ordinaire dans le traitement de la dysentérie, leur efficacité a été beaucoup moindre que celle du calomel à haute dose. Voici, au reste, les principales remarques que leur emploi m'a suggérées. La saignée a été rarement employée parce que la maladie ne présentait ordinairement que des symptômes peu aigus, et que la plupart des sujets étaient vieux et infirmes. Cependant les accidens fébriles furent assez développés dans quelques cas pour que la saignée semblât indiquée; mais dans ces cas j'ai trouvé qu'on ne devait avoir recours à la lancette qu'avec la plus grande prudence; car bien que l'état du pouls et de la peau indiquât une forte action vasculaire, cependant l'émission de 12 à 14 onces de sang était généralement suivie d'un affaiblissement considérable.

L'opium a réussi dans un certain nombre de cas à la quantité de 5 à 6 grains par jour, administré par doses de 1 à 2 grains. Lorsque les symptômes étaient très-graves, on en administrait 4 ou 5 grains à la fois.

De tous les astringens, c'est l'acétate de plomb qui a le mieux réussi. Je l'administrais sous forme de pilules, ordinairement combiné avec l'opium, et dans la proportion de 4 grains d'acétate de plomb pour 1 grain d'opium, et cette dose était administrée quatre ou cinq fois par jour. Dans aucun cas, l'emploi de ce sel de plomb n'a eu d'effet fâcheux, bien que plusieurs malades en aient pris depuis un scrupule jusqu'à une drachme par jour pendant une ou plusieurs semaines de suite. Le nitrate d'argent à la dose de 1 à 2 grains dans une pilule avec 1 grain d'opium, administrée trois ou quatre fois par jour, a quelquefois été utile. Dans deux cas cependant, à cette dose, il a déterminé de l'irritation à l'estomac.

La dysentérie dont nous venons de donner la description, comparée avec celles qui ont été décrites par divers auteurs, offre quelques différences qu'il est important de signaler; nous noterons spécialement l'apparition des matières fécales durcies sous forme de scybales à différentes époques de la maladie, et la tendance qu'elles avaient à conserver cette forme après que les symptômes graves avaient disparu; la distension de la vésicule par de la bile qui semblait avoir conservé tous ses caractères physiologiques; l'absence d'altération du tissu du foie et l'inflammation de l'extrémité pylorique du duodénum. Dans la description donnée par le docteur Jonhson et sir George Ballingall de la maladie qu'ils ont observée dans l'Inde, et dans celle que le docteur Cheyne a observée en Irlande, il ne paraît pas que cet état des matières fécales ait été constant et ait été considéré par eux comme un des caractères de la maladie. Le docteur Jonhson et M. Annesby ont trouvé la bile altérée, tandis que le docteur Cheyne ne paraît pas avoir observé l'état de distension de la vésicule biliaire.

—

MALADIES DE LA PEAU.

—

CONSIDÉRATIONS SUR LES SYMPTÔMES ET L'ÉTIOLOGIE DE LA GALE, par M. ALBIN GRAS, interne à la Salpêtrière.

Les recherches récentes faites sur le sarcopte de la gale me paraissent avoir démontré d'une manière évidente qu'un insecte de l'ordre des acariens existe réellement, peut ramper sous l'épiderme de la peau de l'homme, et occasioner par sa présence tous les symptômes de la gale. Cette nouvelle étiologie ne doit-elle pas nous amener à modifier les idées reçues concernant la forme essentielle de l'éruption psorique? L'idée d'un virus particulier étant écartée, ne doit-on pas rejeter également celle d'une lésion unique et primitive de la peau, pour en revenir à l'opinion des anciens, qui considéraient la gale comme une affection complexe et caractérisée par des papules aussi bien que par des vésicules? « *Pustulæ oriuntur*, dit Celse, *quædam humidiores, quædam sicciores.* »

On sait, en effet, que tous les galeux ne présentent pas des vésicules, sans quoi rien ne serait plus simple que le diagnostic de la gale, maladie qui cependant offre souvent des difficultés. Ainsi, par exemple, les teinturiers, les droguistes et d'autres personnes qui sont obligées, par leur profession, de tremper leurs mains dans des liqueurs caustiques, présentent rarement des vésicules, quoiqu'ils soient en proie à une vive démangeaison, qu'ils aient pu communiquer la maladie à ceux qui partagent leur couche, et qu'on trouve sur eux des acarus, non pas aux mains, il est vrai, mais au corps, au scrotum, par exemple. Dans ces circonstances, il faut s'aider d'autres caractères, tels que la nature et le siége de la démangeaison, la durée de l'affection, et surtout, comme signe pathognomonique, la présence du sarcopte.

Je me propose de décrire brièvement la marche de la gale et les différentes lésions de la peau *qui paraissent lui appartenir.* Je crois en effet avoir observé chacune de ces lésions isolée et constituant seule la maladie, dans certains cas où celle-ci était contagieuse, et où la présence du sarcopte ne laissait d'ailleurs aucun doute.

I. Voici en général quelle est la marche de cette affection. Presque immédiatement après le contact contagieux, ou peu de jours après, le malade éprouve une démangeaison légère le plus souvent, et dont il ne tient pas compte. Cette première période est le temps d'incubation des auteurs, et ce n'est qu'après huit à quinze jours, quelquefois moins, quelquefois plus, que les symptômes de la gale se montrent. Dans cet intervalle, en examinant le malade, on peut rencontrer des *acarus* ou *sarcoptes.* Je ne reviendrai pas sur la description déjà connue de ces insectes (1); j'ajouterai seulement, pour compléter leur histoire, qu'outre la variété ordinaire, il paraît en exister une autre, la seule qu'ait observée Linnée, variété qui serait caractérisée par deux taches rouges situées sur le dos en forme de croissant, et se regardant par leur convexité.

Ces insectes ont déjà tracé leur sillon ou cuniculus, et se multiplient avec rapidité; ils peuvent se répandre probablement sur toutes les parties du corps; mais on les rencontre surtout aux mains et aux pieds, à la peau de la verge et du scrotum, au mamelon, dans l'enfoncement du nombril, aux aisselles, etc.; ils pondent des œufs dans leurs sillons, comme je l'ai observé dernièrement; ils n'excitent cependant qu'une démangeaison supportable et bien différente du prurit, qui survient plus tard et qui est si désagréable, quoi qu'on en ait dit. Il semblerait même que chez quelques individus ces insectes pourraient se multiplier long-temps sans déterminer de symptômes consécutifs. Ainsi Scaliger, A. Paré, Guyon, Haffenrefer et beaucoup d'autres écrivains du seizième siècle font mention du ciron; mais ils ne parlent que de la démangeaison que cet insecte occasione, et traitent à part de la gale.

Ce n'est le plus ordinairement qu'après huit ou quinze jours, comme nous l'avons dit, que surviennent les symptômes consécutifs.

Ces symptômes ne paraissent nullement en rapport avec la faible irritation qu'occasione la présence de l'insecte. La peau, en effet, n'est pas même rougie sur le trajet du sillon, dans le moment même où le derme est couvert d'une foule de boutons qui excitent la plus vive démangeaison, et qui persistent quelquefois longtemps après la destruction des acarus.

Je ne crois pas cependant qu'il faille pour cela supposer l'existence d'un virus fourni par l'insecte lui-même; ce serait éluder une difficulté par une autre, sans rien éclaircir. Quel rapport existe-t-il entre la titillation qu'excite l'action de chatouiller, et les convulsions qui en sont la suite? et certainement il n'est venu dans l'esprit de personne de faire intervenir un virus pour expliquer ce qui se passe alors. Cette disproportion apparente de cause et d'effet, entre le chatouillement des pates d'une vingtaine d'acarus et les éruptions diverses de la peau, tiendrait-elle à ce qu'une cause irritante faible, mais persistant continuellement et agissant sans relâche, équivaudrait pour ses effets morbides à une cause plus énergique, mais d'une durée instantanée; comme on voit en mécanique, si toutefois on peut établir cette comparaison, une force donnée équivaloir à une autre force plus grande, mais animée d'une vitesse moindre? Enfin, on ne doit pas oublier qu'il faut tenir compte de l'irritation produite par les ongles du malade, qui se gratte sans cesse.

II. Les symptômes consécutifs de la gale me paraissent être les suivans, rangés par ordre de fréquence, 1° La démangeaison. C'est le plus constant de tous; il se montre le premier et disparaît le dernier, accompagne les petites ulcérations et les diverses éruptions

(1) Voyez la brochure intitulée : *Recherches sur le sarcopte de la gale.* Chez Béchet, à Paris.

psoriques, persiste après la disparition de ces éruptions, et s'observe enfin sur des portions de la peau qui ne présentent aucune altération.

2° Les vésicules. Elles sont acuminées, transparentes, plus ou moins volumineuses, aux mains et aux pieds seulement (gale ordinaire et miliaire). Sur le reste du corps elles sont plus rares et plus petites, de peu de durée, et perdent promptement leur transparence. Les premières peuvent se développer sur le trajet du sillon, et l'on en observe assez constamment une à l'origine de celui-ci. Souvent ces vésicules ont une base dure; on en voit aux bras qui sont atoniques, et qui contiennent à peine une petite quantité de sérosité, sensible seulement en pressant; elles semblent prendre peu à peu le caractère papuleux, et se confondre avec l'éruption suivante.

3° Éruption papuleuse. Elle est assez constante, différente du prurigo par son siége; elle se montre surtout à l'avant-bras, au bras, à la partie interne des cuisses, à la hanche, etc. Elle apparaît sous forme de boutons, tantôt aplatis (lichen urticatus), tantôt coniques et traversés à leur sommet par un poil (lichen pilaris), ou bien présentant l'orifice d'un follicule sébacé; en pressant alors le bouton on fait sortir une matière blanchâtre, sébacée, terminée par un petit appendice en forme de poil, et ressemblant à ces prétendus insectes figurés et décrits par Ettmuller et Andry, sous le nom de *comedones* ou *crinones*.

4° Pustules (grosse gale). Elles apparaissent quelquefois dès le début de la maladie, et se montrent surtout aux mains et aux pieds, quelquefois à l'avant-bras et aux jambes.

5° Tubercules, ou plutôt indurations limitées de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. On les observe surtout aux aisselles et aux fesses, et ils servent alors de bases à un ou plusieurs cunicules; dans quelques circonstances, surtout lorsque la gale a duré long-temps, ces indurations s'enflamment et produisent de petits abcès très-superficiels.

Ces divers symptômes, comme je l'ai dit, peuvent exister ensemble, ou isolément; leur durée est variable. Ils disparaissent en général spontanément après la destruction des acarus; d'autres fois ils persistent un temps plus ou moins long. En général, lorsque la gale se guérit, les vésicules s'éteignent d'abord, puis les pustules; la démangeaison et l'éruption papuleuse persistent au contraire le plus long-temps.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. BALTIMORE MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL AND REWIEW.

(CAHIER DE JUILLET 1834.)

IDENTITÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par le docteur M. PHAIL, professeur d'obstétrique à Baltimore.

L'auteur regarde la variole et la vaccine comme étant primitivement la même maladie, la dernière n'étant qu'une modification de la première, produite en passant par l'économie d'un ruminant. Voici l'expérience sur laquelle repose cette opinion. Il prit du pus varioleux chez un homme qui est mort au seizième jour, et l'inocula sur la mamelle de plusieurs vaches. Chez quelques-unes l'inoculation réussit, et le pus qui en résulta se trouva évidemment être du vaccin; car, inséré sur un sujet humain, il suivit la même marche, détermina les mêmes symptômes, et produisit les mêmes effets que ceux décrits par Jenner et les autres auteurs comme caractéristiques du vrai cowpox.

OBSERVATION DE HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE, par Luke ROBINSON, M.-D. du comté de Caroline (Maryland).

OBS. — Une dame accoucha de deux enfans vigoureux, bien que d'une taille moindre que d'ordinaire. L'un d'eux portait une hernie ombilicale d'un volume énorme, s'étendant jusqu'aux genoux de l'enfant et contenant une grande portion des intestins, dont les circonvolutions se voyaient à travers le péritoine transparent qui constituait la seule enveloppe de la hernie. A la partie supérieure de la tumeur on apercevait la veine ombilicale, à la partie inférieure l'ouraque et les artères ombilicales; et ces artères se réunissaient à la veine au sommet de la tumeur pour constituer le cordon, sur lequel une ligature avait été appliquée. L'ouverture qui livrait passage aux viscères était de l'étendue d'un dollar d'argent; la peau offrait autour du col de la tumeur un rebord à pic, lisse et poli, et qui ne paraissait exercer aucune striction.

M. Robinson essaya de réduire cette hernie, mais en vain. Pensant que la présence du méconium pouvait apporter quelque obstacle à la réduction, il ordonna un léger purgatif, recommanda de soutenir la tumeur par un bandage et d'essayer le lendemain la réduction, lorsque l'enfant serait tranquille. Mais deux jours après il trouva qu'on n'avait rien fait; la tumeur s'était accrue, et son enveloppe péritonéale était enflammée et excoriée. Le cas paraissait désespéré; toutefois il essaya encore la réduction avec aussi peu de succès que la première fois, et l'enfant succomba peu de jours après.

La hernie dans ce cas devait dater de plusieurs mois avant la naissance; il semblait que l'abdomen ne s'était développé qu'autant qu'il le fallait pour contenir la portion des intestins non sortis; et en conséquence il y a lieu de croire que, si la réduction avait pu être effectuée, elle aurait été la source d'une insupportable irritation de l'abdomen. M. Robinson pense que le seul moyen de procurer cette réduction sans danger pour l'enfant, serait en cas pareil de ne faire rentrer les intestins que graduellement, attendant après chaque réduction partielle que les parois abdominales se fussent prêtées à contenir ce surplus de viscères. Ce procédé même est également le seul possible, puisque la réduction complète ne l'est pas. Voici donc le mode de traitement qu'il conseille :

Prendre une tasse en porcelaine d'une capacité un peu moindre que le volume total de la tumeur; oindre sa face interne d'un peu d'huile d'olive, la renverser sur la tumeur, et établir par-dessus une pression assez forte pour que ses bords soient maintenus en contact parfait avec les tégumens. On la laisserait en place durant quelques jours, puis on lui substituerait une seconde tasse d'une capacité moindre, qu'on appliquerait de la même manière; et en diminuant par degrés le volume de la tasse, on arriverait à une complète réduction, et un brayer bien adapté à l'ouverture suffirait pour assurer la guérison.

Réflexions sur la pathologie et le traitement de l'anémie ou oligémie, par E. Geddings, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Maryland.

Ce mémoire qui n'a pas moins de quarante pages, serait un excellent article de dictionnaire; le sujet est traité par le savant professeur de Baltimore avec toute l'étendue qu'il comporte et qui ne nous permettra de donner que de courts extraits des points les plus importans sous le rapport pratique.

L'anémie est, d'après le docteur Geddings, caractérisée par un appauvrissement du sang qui présente à la fois une quantité bien plus considérable de sérosité que dans l'état naturel, et une diminution notable de celle des globules rouges et de la matière colorante. En même temps, la face et toute la peau offrent une décoloration générale; l'énergie de la constitution est considérablement diminuée; tous les tissus sont privés de sang; une infiltration aqueuse existe dans le tissu cellulaire et dans la plupart des cavités du corps, et le pouls offre une fréquence et un tremblement remarquables.

L'un des points les plus importans dans l'étude de l'anémie, c'est d'apprécier exactement la cause qui dans quelques cas de ce genre détermine des accidens fébriles, et de décider si ces accidens dépendent de l'état général du sujet ou de la phlegmasie de quelque organe. Les erreurs commises sur ce point important de pratique sont trop fréquentes, surtout en France, depuis que la doctrine physiologique a rattaché tous les mouvemens fébriles à une cause unique, à l'inflammation, pour que nous ne nous y arrêtions pas quelques instans avec M. Geddings. Fréquemment, dit-il, la maladie est accompagnée de divers phénomènes fébriles dont l'intensité varie beaucoup à des époques différentes, et qui offrent souvent des modifications subites. Dans ces cas, l'action du cœur s'exerce avec violence et détermine des palpitations; quelquefois ses battemens ainsi que les pulsations des vaisseaux du col et de toutes les grosses artères sont tumultueux; alors le pouls est ordinairement plein quoique faible, et présente le caractère particulier que Rust a décrit sous le nom de pouls brisé (shattered pulse), d'après la ressemblance de la sensation qu'il communique au doigt avec celle que produit un tuyau de plume brisé. L'auteur a souvent observé ce pouls dans le cours de plusieurs maladies aiguës, et dans ces cas il a constamment trouvé, lorsqu'il a pu le constater, que le sang contenait une grande quantité d'eau. L'action si remarquable du cœur par le tumulte et la violence de ses battemens continue, malgré l'appauvrissement du sang jusqu'à la fin, jusqu'à l'époque où les individus sont tombés dans un tel état de faiblesse qu'ils ne peuvent plus faire le moindre mouvement, ou même prendre la position horizontale, sans tomber en syncope. Le docteur Jackson rapporte un cas où le plus léger exercice amenait une fatigue générale, déterminait des palpitations et des battemens visibles à l'œil au-dessus du sternum et sur le côté droit du col, et que la malade sentait dans la tête et dans tous les membres jusqu'à l'extrémité des doigts. Elle ne pouvait monter un escalier sans être accablée au dernier point; les membres tombaient par faiblesse, la tête s'inclinait sur les épaules, et elle faisait de grands efforts peur respirer; le pouls présentait une telle force et une activité si désordonnée que l'on aurait cru à la nécessité de pratiquer une saignée. M. Geddings dit qu'il commit cette erreur chez le premier sujet anémique qu'il eut à traiter. C'était un jeune homme qui présentait les symptômes d'une hydropisie générale. Le cœur et tout le système artériel semblaient excités, le pouls était si plein et si bondissant qu'il crut que la saignée était impérieusement réclamée, malgré l'aspect blafard de l'individu et sa faiblesse évidente. La saignée fut donc pratiquée; mais aussitôt qu'il vit que le fluide aqueux qui sortait par l'ouverture était à peine assez coloré pour tacher le linge, il s'arrêta; et, outre le traitement antiphlogistique qu'il avait ordonné, il prescrivit les préparations ferrugineuses, les amers végétaux, les diurétiques et une diète générale; et sous l'influence de ces moyens tous les symptômes de la maladie disparurent rapidement.

L'un des effets les plus fréquens et les plus remarquables de l'anémie, c'est la tendance à se terminer par des épanchemens séreux ou par des hydropisies qui en sont souvent regardées comme la cause tandis qu'elles en sont en réalité la conséquence.

L'encéphale est l'un des organes où l'anémie détermine le plus de troubles. Beaucoup d'individus éprouvent des bruits désagréables, des tintemens dans les oreilles, quelquefois des douleurs ou une telle irritabilité de la vue ou de l'ouïe, que les organes de ces sens sont vivement affectés par le moindre bruit ou la lumière la moins vive. Quelques-uns sont sujets à une insomnie continuelle qui augmente encore leur faiblesse. Enfin il n'est pas rare de voir des individus anémiques présenter tous les symptômes de l'arachnitis, ou être affectés de violentes convulsions ou d'un délire continu, qui réclament un traitement tout différent de celui qu'on leur oppose ordinairement.

Parmi les préparations ferrugineuses dont l'auteur conseille l'emploi dans le traitement de l'anémie, il met avant toutes les autres l'hydriodate de fer : il en fait dissoudre une drachme ou une drachme et demie dans une pinte de vin rouge, et en donne une cuillerée trois fois par jour. Chez quelques sujets il a employé

la solution aqueuse à la dose de douze à quinze gouttes.

Les médecins de Charleston observent fréquemment une forme de l'anémie avec hydropisie générale chez les esclaves qui sont envoyés en ville par les planteurs pour y être traités : elle paraît dépendre de l'absence d'une alimentation animale et du mauvais air. L'auteur dit en avoir traité un grand nombre, et avoir toujours vu la maladie céder promptement à l'usage du porter ou de l'ale dans lesquels on avait fait dissoudre quelques sels diurétiques comme le nitrate de potasse, et d'un bon régime.

Quand à l'anémie se joignent des phénomènes nerveux continus, la maladie est toujours très-grave, et se termine quelquefois d'une manière funeste. L'auteur dit avoir observé à l'infirmerie de Baltimore un cas de ce genre, où le sang était si peu coloré qu'il produisait à peine une légère tache sur le linge blanc; mais la membrane muqueuse avait une sensibilité si exquise, que le gruau déterminait constamment l'exaspération des symptômes. La fièvre était d'origine intermittente (*malarious*); le malade l'avait contractée dans le port de Levannah; mais on obtint une diminution notable des symptômes par des applications répétées de ventouses et de vésicatoires sur l'épigastre et autour de la tête, suivant que l'éréthisme semblait prédominer dans l'une ou dans l'autre de ces régions, par un régime presque exclusivement composé d'eau d'orge froide avec quelques altérans et par de petites doses d'huile de ricin, des lavemens et des ablutions froides; et la maladie fut ainsi ramenée à présenter des paroxysmes distincts et périodiques.

II. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

(Cahier de novembre 1834.

UR L'ADHÉSION PERMANENTE OU L'INCORPORATION DU PLACENTA AU TISSU DE LA MATRICE; par J.-W. HEUSTIS, M.-D. à Alabama.

L'adhésion permanente ou l'incorporation du placenta à l'utérus, est, suivant l'auteur, une circonstance qui se présente fréquemment dans la pratique des accouchemens, et qui n'est ni sans embarras, ni sans danger. Le placenta, dans ces cas, au lieu de former un viscère distinct légèrement accollé à l'utérus par des vaisseaux intermédiaires, constitue pour ainsi dire une portion de l'utérus même, et offre un tissu également ferme, dur et résistant. Quelques femmes offrent ce phénomène dans toutes leurs grossesses; chez d'autres il est accidentel. Dans ces derniers cas la cause immédiate et efficiente paraît être une inflammation de la matrice ou du placenta, ou de tous deux à la fois, qui a déterminé une effusion considérable de lymphe, et par suite l'agglutination du placenta à l'utérus, de la même manière que la plèvre costale s'unit par suite d'inflammation à la plèvre pulmonaire. Le placenta ne se détache point alors à l'époque ordinaire après l'accouchement; il reste dans la matrice comme une source d'irritation, de douleur, de fièvre puerpérale, et de symptômes fatigans et même dangereux, jusqu'à ce qu'il soit détruit et expulsé par le développement de la putréfaction, ce qui souvent exige un temps d'un mois à six semaines.

Dans ces cas le praticien devrait donc avoir pour règle d'extraire immédiatement après l'accouchement tout ce qu'il lui sera possible de détacher du placenta. Et je saisirai cette occasion, dit M. Heustis, de remarquer que ce précepte donné par les auteurs, d'attendre, trente ou quarante minutes, que les contractions utérines se réveillent, n'est généralement ni bien convenable ni nécessaire; au moins ne l'ai-je jamais trouvé tel dans le cours de ma pratique. On perd ainsi beaucoup de temps; l'accouchée souffre et s'impatiente, puisqu'elle ne peut se livrer à un repos nécessaire qu'après la délivrance; et d'ailleurs les forces de la matrice et de tout le système ont été tellement épuisées par l'expulsion de l'enfant, qu'il en reste peu pour l'expulsion du placenta. J'ai été appelé plusieurs fois pour des cas de rétention du placenta, où les malades étaient dans un état de souffrance inquiétant. En conséquence je ne manque jamais, quelques minutes après la sortie du fœtus, d'aider avec la main à l'extraction des secondines. Si la traction sur le cordon, dans la direction de l'axe du bassin, ne suffit pas, j'introduis la main assez loin pour saisir le placenta; et, à moins d'adhérences intimes, je n'ai besoin pour le détacher que d'une très-légère force.

Dans tous les cas de perte utérine, on prescrit d'extraire le placenta sans délai. Cela n'est pas toujours possible quand des adhérences existent; il faut alors avec la main en détacher et en enlever le plus qu'on peut, et recourir ensuite aux applications froides, anodines et astringentes.

Comme ces cas d'adhérences morbides du placenta n'ont pas été décrits avec toute la précision désirable, les deux faits qui suivent se liront avec intérêt.

OBS. I. — Madame B...., constitution faible et délicate, déjà mère de trois enfans, et ayant eu pour chacun d'eux des couches fatigantes qui la retenaient au lit au moins un mois, me fit appeler le 2 octobre 1830. Dès la veille, elle avait été prise de douleurs, et à quatre heures du matin elle avait été délivrée d'un bel enfant du poids de 9 livres. On avait attendu deux heures de nouvelles contractions pour extraire le placenta; mais la matrice était restée inerte; la femme était très-épuisée; il se montrait une perte que chaque minute de retard pouvait rendre fatale; l'accoucheur qui était jeune, mais instruit et intelligent, introduisit la main pour essayer d'extraire le placenta; mais il ne put y réussir, à cause des adhérences. J'arrivait peu de temps après. La malade était extrêmement faible, pâle comme une morte; le pouls faible, filiforme, à peine sensible. Il n'y avait pas de temps à perdre; quelques onces de sang écoulées de plus auraient produit une prostration au-dessus de toute ressource. J'introduisis la main dans

l'utérus, que je trouvai élévé dans le bassin, lâche, flasque et sans contractions. J'appliquai mon autre main sur l'abdomen pour embrasser l'utérus, et par la pression favoriser les manœuvres de la première. Le placenta fut en partie détaché; mais les adhérences qui restaient étaient si fortes qu'il était fort difficile de les détruire, et la portion du placenta qu'elles comprenaient semblait faire corps avec la matrice même. Je fus donc obligé de laisser une petite portion du placenta qui devait être rejetée avec le temps. Pour arrêter l'hémorrhagie et ranimer les contractions utérines, je fis des frictions avec ma main, préalablement trempée dans l'eau froide; j'appliquai un fer froid sur la région utérine avec des linges mouillés dans l'eau froide, et je tamponnai le vagin. Ce tamponnement ne fut enlevé qu'après vingt-quatre heures; il ne s'en suivit qu'un très-léger écoulement, pas plus fort même qu'on ne pourrait l'attendre dans l'état naturel de la fonte graduelle des caillots dans l'utérus.

Le quatrième jour un écoulement abondant de caillots se fit par le vagin, la malade était très-faible; pour corriger la fétidité et opérer la détersion, je prescrivis des injections journalières d'une faible infusion d'écorce de chêne avec de l'alun, puis l'usage de la teinture de myrrhe suffisamment étendue. Mais ces injections étant trop irritantes, on y substitua avec avantage le lait coupé; et pour s'opposer à l'inflammation péritonéale commençante, on appliqua des fomentations chaudes sur l'abdomen. Après divers accidens, qui se succédèrent durant plus d'un mois, et dont le plus remarquable était un mal de tête revenant particulièrement le soir, elle se rétablit enfin, non sans peine: et principalement à l'aide de toniques mitigés, tels que l'infusion de colombo et la teinture de muriate de fer.

Obs. II. — Madame B... accoucha, le 31 mars 1832, d'un enfant qui ne vécut que douze heures. Le travail avait été pénible, et les contractions utérines ralenties avaient exigé l'emploi du seigle ergoté. Comme, dans les accouchemens antérieurs de cette dame, il y avait eu constamment rétention du placenta, je me déterminai, après avoir attendu quinze à vingt minutes, à m'assurer de l'état de l'utérus et de ce qu'il contenait. La matrice était contractée, ferme, globuleuse, et se sentait au-dessus des pubis; en glissant ma main jusqu'au placenta, je le trouvai adhérent, ferme, dur, résistant, impossible à détacher et paraissant faire corps avec la matrice même. Comme il n'était décollé nulle part, il n'y avait aucune perte de sang; la malade était assez bien: et il fut résolu d'attendre, en prenant toutes précautions contre le développement de la fièvre, de l'inflammation abdominale, et en opposant à la fétidité que déterminerait la putréfaction du placenta le lait coupé, puis le chlorure de chaux en injections.

Trois jours après, il n'y avait eu encore que peu de fièvre; une perte de sang s'était montrée, mais n'avait point reparu. Il était présumable qu'elle avait été occasionée par le décollement partiel du placenta et arrêtée par la contraction prompte de la matrice. La fétidité indiquait déjà un commencement de décomposition. L'orifice utérin était largement ouvert, et quoique le cordon eût été arraché, j'atteignis le placenta avec facilité; les membranes pendaient toujours à sa circonférence; mais leur texture était encore trop solide pour que je pusse séparer même une partie du placenta, en me bornant aux manœuvres autorisées par la prudence. Je laissai la malade sous la direction de son médecin; j'ai appris depuis que sa convalescence avait été longue, accompagnée de langueur et de souffrance, bien qu'à présent elle jouisse d'une assez bonne santé.

Remarques sur les cas de rétention du placenta; par T.-J. Charlton, M.-D. du comté de Bryan, Géorgie.

Ce mémoire roule sur le même sujet que le précédent; l'auteur a pour but de démontrer l'efficacité des injections du chlorure de chaux dans les cas de rétention avec décomposition du placenta. Une femme de couleur était accouchée depuis quatre jours, et le placenta n'avait pu être extrait de la matrice; tous les symptômes d'une fièvre typhoïde étaient déclarés. Le docteur Charlton, appelé le cinquième jour, trouva une portion du placenta attachée au fond de l'utérus; il parvint à l'extraire; elle était considérablement altérée, et d'un tissu plus compact que d'ordinaire. L'inflammation du vagin et de l'utérus lui firent regarder comme dangereuses de nouvelles manœuvres pour vider complétement la matrice. Il fit pratiquer toutes les heures une injection avec une faible solution de chlorure de chaux, prescrivit aux mêmes intervalles de petites doses d'acétate d'ammoniaque à l'intérieur, et pour boisson l'eau de gomme et la limonade. En 24 heures les accidens les plus graves diminuèrent, et au bout d'une semaine de ce traitement l'utérus était débarrassé de tout ce qu'il contenait, et les lochies coulaient modérément.

Dans un autre cas dont il ne donne pas les détails, l'auteur dit avoir également bien réussi avec le même mode de traitement.

Bien qu'il s'avoue partisan de Broussais, il a eu recours, dans le premier cas, à l'acétate d'ammoniaque, malgré la gastrite manifeste selon lui; c'est le seul des stimulans, ajoute-t-il, qu'il ait trouvé exempt de dangers dans les cas où l'inflammation est unie à la débilité.

Description d'une nouvelle attelle, pour la fracture de la clavicule; par Keckeley, M.-D. à Charleston.

Ce nouvel appareil consiste dans une attelle longue de deux pieds trois pouces, et large de trois pouces et demi. Sa partie moyenne est soigneusement rembourrée pour ne pas blesser les parties sur lesquelles elle doit s'appliquer; à chaque extrémité sont deux mortaises par lesquelles passe une courroie également garnie, et qui se serre au moyen d'une boucle. Voici comment s'en fait l'application.

L'attelle est disposée transversalement sur le dos,

au niveau des deux épaules ; l'extrémité qui répond au côté sain est fixée à l'épaule à l'aide de la courroie qu'on fait passer sous l'aisselle, garnie préalablement d'un petit coussin qui offre deux œillets pour le passage de la courroie. L'autre courroie se fixe de même sur l'épaule malade ; seulement au lieu d'un petit coussin de forme indifférente, on place sous l'aisselle de ce côté un large coussin cunéiforme. L'épaule est ainsi attirée en arrière ; et l'attelle agit absolument comme la branche transversale de la croix d'Heister. Une écharpe sert à maintenir le bras relevé et rapproché du tronc, et ainsi les trois indications sont remplies.

L'auteur a employé cet appareil avec avantage chez un homme robuste atteint d'une fracture oblique de la clavicule, et dont les mouvemens multipliés dérangeaient continuellement le bandage de Desault, qu'on avait d'abord appliqué. L'attelle resta trois semaines en place, sans qu'on eût besoin de réparer aucun désordre de l'appareil. Il pense donc qu'elle pourra être employée avec avantage dans les deux cas suivans : 1° quand des contusions aux parties molles ne permettront pas d'appliquer le bandage ordinaire; 2° quand l'agitation des malades tendra à déranger tout autre appareil.

Observation de grains de plomb rendus par l'urètre, par William Watson, M.-D.

Il s'agit d'une dame qui, après de vives douleurs abdominales, rendit en urinant quelque chose qu'elle prit pour des graviers, et qu'on reconnut être du plomb de chasse. Le professeur Smith, auquel l'auteur a adressé cette observation sous forme de lettre, présume que la femme aura avalé ce plomb en mangeant du gibier ; que le plomb se sera arrêté dans quelque cellule ou follicule de l'intestin, aura déterminé par suite de son séjour des adhérences entre l'intestin et la vessie, puis une porforation par laquelle il aura passé dans ce dernier organe.

Cette théorie est sans doute fort ingénieuse, malheureusement le médecin n'était point là quand les grains de plomb ont été rendus ; et plus malheureusement encore la dame, pressée de questions, n'a pas pu affirmer si le plomb avait été rendu par l'urètre ou par l'anus, attendu qu'elle avait satisfait à deux besoins à la fois. Le fait ainsi réduit perd beaucoup de son merveilleux, et la théorie du docteur Smith de sa probabilité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OSTÉOSARCOME ÉNORME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; DÉSARTICULATION DE LA MOITIÉ DROITE DE L'OS MAXILLAIRE ; DISSECTION DE LA PARTIE ANTÉRIEURE ET LATÉRALE DROITE DU PHARYNX ; GUÉRISON ; observation recueillie dans la pratique de M. Lisfranc, par M. Pauly, interne à la Pitié.

Obs. — M. Beau, de Bourganeuf (Creuse), âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, avait joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de l'année 1832. A la suite d'une vive irritation, déterminée par la carie de l'avant-dernière molaire du côté droit de la mâchoire inférieure, il lui survint alors une fluxion dans l'épaisseur de la joue correspondante ; elle suppura et plusieurs abcès se succédèrent malgré l'extraction de la dent, cause présumée de tous les désordres. L'alvéole était restée comme fistuleuse lorsque l'apparition de la dent de sagesse vint accroître l'irritation ; on favorisa sa sortie en incisant la muqueuse qui la recouvrait ; cherchant ainsi à dissiper les accidens inflammatoires que cette dent nouvelle déterminait. Cinq mois s'écoulèrent, au bout desquels la fistule se cicatrisa ; mais immédiatement après une autre série d'abcès s'ouvrirent successivement à la face externe de la même joue, et laissèrent de l'engorgement inflammatoire qu'on combatit avec succès à l'aide d'antiphlogistiques. Il ne fut jamais totalement dissipé ; et au bout de six mois environ, une petite tumeur dure et indolente restait encore vers l'angle de la mâchoire. Mais pendant que ces phénomènes se passaient dans l'épaisseur de la joue, le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure était le siége d'un travail qui devait avoir des suites beaucoup plus graves.

Nous avons dit qu'on avait incisé la membrane muqueuse recouvrant la couronne de la dent de sagesse, qui la distendait ; des bords de la section et de l'alvéole fistuleuse, s'étaient élevées quelques végétations qui commençaient à gêner le malade. Des douches administrées sur la joue les firent marcher avec rapidité, en même temps que l'engorgement augmentait à vue d'œil.

Il ne se passa rien de particulier qu'une marche graduelle des accidens jusqu'au mois de septembre 1834, où le malade vint à Paris réclamer les soins de M. Lisfranc.

On remarquait alors au côté droit et inférieur de la face un engorgement énorme, descendant en bas au-dessous du milieu du col, enveloppant les carotides en arrière jusqu'au-devant de la partie supérieure du sterno-mastoïdien. L'échancrure parotidienne était envahie ; le lobe de l'oreille reporté en arrière ; la tuméfaction allait se perdre en haut vers l'arcade zygomatique, et gagnait l'angle du menton et la commissure des lèvres en avant. La peau, saine dans toute son étendue, adhérait au centre aux tissus indurés.

Il était difficile et même impossible d'apprécier alors les désordres existant dans l'intérieur de la bouche, l'engorgement mettant obstacle à l'écartement des mâchoires, qui n'offrait pas plus de trois lignes d'étendue. Seulement on voyait une tumeur dure, lisse et blanchâtre s'avancer jusqu'au niveau de la ligne médiane en déjetant la langue du côté opposé. Cette tumeur naissait évidemment de la face postérieure du côté droit de l'os maxillaire inférieur jusqu'à la première molaire ; mais où se bornait-elle postérieurement ? Il fallait, pour s'en assurer, obtenir un écartement des mâchoires suffisant pour permettre l'introduction du

doigt. C'était une première indication que M. Lisfranc voulait remplir, sentant bien qu'avant d'attaquer cette affection par des moyens chirurgicaux, il était indispensable d'en connaître exactement les limites.

Pour arriver à ce but, M. Lisfranc fit placer un coin entre les mâchoires, en même temps qu'il attaqua l'engorgement qui bornait le jeu de l'articulation temporo-maxillaire. Nous avons vu dans l'observation d'un cas analogue, publiée dans un des derniers numéros de la Gazette médicale, l'opinion de M. Lisfranc sur ces engorgemens dont s'entourent les tumeurs dégénérées, par l'irritation qu'elles déterminent dans les tissus voisins, le plus souvent cet engorgement peut être dissipé par les antiphlogistiques d'abord, s'il existe de l'inflammation, puis par les fondans à l'état chronique; on voit alors que l'affection est beaucoup moins étendue que ne semblait indiquer la masse générale de la tumeur; on simplifie ainsi de beaucoup les opérations, et fort souvent on rend opérable un mal jugé de prime abord au-dessus des ressources de la chirurgie.

En réduisant l'engorgement, M. Lisfranc avait ici un double but à remplir : celui d'écarter les mâchoires pour faciliter l'exploration dans la cavité buccale; en second lieu, de dégager les carotides et d'éviter ainsi de les intéresser dans l'opération. Ce dernier point supposé impossible, à la rigueur on aurait fait la ligature préalable de ces vaisseaux; mais cette opération est trop chanceuse pour que le chirurgien ne cherche pas à l'éviter par tous les moyens que l'art à mis à sa disposition.

La tumeur était sensible à la pression; des douleurs s'y faisaient sentir; la peau était chaude et colorée. On combattit ces symptômes d'inflammation par des topiques émolliens et des applications de sangsues au nombre de 12 à 15, réitérées six à sept fois.

Les sangsues furent placées au-dessous et en arrière de la tumeur. M. Lisfranc donne le précepte de les mettre à 2 pouces de l'engorgement. Placées sur la tumeur elle-même, ce praticien les a souvent vues agir au bénéfice de l'irritation, et quelquefois déterminer à la peau des ulcérations, pour peu qu'il y eût un commencement d'altération dans les tégumens.

A mesure que l'irritation se dissipait, la peau devenait mobile sur la tumeur, les mâchoires s'écartaient chaque jour davantage, et l'engorgement se concentrait à mesure.

Au bout de trois semaines, l'introduction du doigt put se faire entre les mâchoires, quoique difficilement; plusieurs fois quelque réaction inflammatoire fit suspendre l'usage du coin, pour y revenir un peu plus tard.

Ce phénomène dissipé, bientôt la tumeur fut indolore et ne se modifiait plus sous l'influence des antiphlogistiques. Cependant l'engorgement, quoique réduit, longeait encore la partie antérieure des carotides. L'état chronique bien établi, on prescrivit des frictions de pommade d'hydriodate de potasse et la compression, qu'on modifiait suivant le lieu qu'on cherchait à comprimer, de manière à lui donner pour point d'appui l'os maxillaire inférieur, et éviter de refouler simplement la tumeur en dedans. Plusieurs fois ces fondans furent suspendus et même remplacés par des antiphlogistiques, quand ils dépassaient le but qu'on en attendait et rappelaient une irritation trop vive.

C'est ainsi qu'en quelques mois l'engorgement s'était rétréci au point que l'angle de la mâchoire était dégagé, et les carotides parfaitement libres et à plusieurs lignes de distance des tissus restés indurés. Mais pendant ce traitement externe, la tumeur saillant dans la bouche s'était singulièrement accrue; elle en occupait presque toute la cavité, accolant la langue contre la joue gauche et plongeant en arrière jusqu'à l'entrée du pharynx, au point que la respiration en éprouvait une gêne notable. La parole était presque inintelligible et la déglutition très-pénible.

Il était donc urgent de débarrasser le malade de cette énorme tumeur; d'autant plus qu'aux accidens indiqués, depuis quelques jours se joignait du dévoiement, produit sans doute par l'ingestion dans l'estomac des matières sécrétées par les tissus morbides. Du reste, à part cela, tous les organes étaient dans le meilleur état possible. Le malade demandait à grands cris l'opération, qui fut pratiquée à la maison de santé du docteur Dufrenois, boulevard Montparnasse, le 11 janvier, en présence de MM. Cullerier, Malgaigne, Dufrenois, Carteau et Martinet.

Avant de se décider, le doigt introduit dans le pharynx avait fait connaître que cet organe n'était pas envahi, mais simplement accolé à la tumeur; le palais n'était en rien altéré.

Une incision partie du bord libre de la lèvre inférieure, à trois lignes en dehors de la ligne médiane, toujours du côté droit, descendit perpendiculairement jusque sur les parties latérale et moyenne du larynx, contourna la tumeur en allant en dehors pour remonter ensuite en devant des carotides, puis le long du bord postérieur de la branche de la mâchoire, et se termina enfin au niveau du conduit auditif, un peu en avant de l'artère temporale. Un aide indiquait le trajet de ce vaisseau, en le protégeant contre l'action du bistouri. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent compris dans cette première section. La dissection du lambeau fut opérée de bas en haut, suivant sa direction, sans difficulté aucune; la peau, comme nous l'avons dit, était saine et seulement amincie par la distension que lui avait fait subir le développement de la tumeur. On fit l'extraction de la canine et de la seconde incisive, et, quatre lignes en-deçà de la symphise du menton, le corps de la mâchoire fut coupé d'avant en arrière, à l'aide d'une scie en crête de coq. Il est entendu qu'au lieu choisi pour la section, on avait incisé les parties molles avec soin. Détachant alors la tumeur en avant et en bas, tantôt à l'aide du bistouri, tantôt par énucléation, suivant le degré de résistance occasionée par les adhérences, on put assez écarter la branche de la mâchoire pour s'assurer de l'état de l'os et des rapports de la tumeur du côté du pharynx. L'érosion de l'os du côté de la cavité buccale s'étendant

en avant jusque sous la première molaire, et en arrière vers la face interne, près de l'angle, il fut décidé que cet os serait sacrifié, d'autant plus qu'on sentait les tissus altérés se prolonger dans son épaisseur. A la partie moyenne il était tellement perdu au milieu de la tumeur, qu'il était impossible de l'en isoler. Du côté du pharynx, M. Lisfranc s'assura que la tumeur était simplement accolée à cet organe, sans l'intéresser dans sa texture. Il ne s'agissait donc plus que d'enlever la totalité de la masse altérée. M. Lisfranc la détacha circulairement en bas; arrive en arrière au devant de la carotide, il l'énucléa ou divisa avec de forts ciseaux les brides celluleuses plus résistantes, tandis que les doigts d'un aide couvraient ce vaisseau et le refoulaient en dehors et en arrière. L'énucléation était d'autant plus facile en certains lieux, que la tumeur semblait avoir écarté les tissus sans les altérer, n'ayant contracté avec eux que de simples adhérences.

Rassuré sur les carotides, M. Lisfranc revint en avant. A la partie supérieure la tumeur était tellement adhérente au pilier antérieur du voile du palais, qu'il fallut le sacrifier; puis continuant l'ablation de haut en bas et d'avant en arrière, l'opérateur s'assura d'abord des rapports du pharynx; il s'aperçut que ce tube musculo-membraneux était accolé à la tumeur par sa partie antérieure et latérale, et qu'en renversant cette tumeur un peu en dehors, on l'entraînait avec elle. Il fallut donc disséquer avec soin pour ne point l'intéresser, et cela de haut en bas, dans l'étendue de trois pouces au moins. Vers le milieu de cet espace, on trouva refoulés vers le pharynx les petits muscles qui partent de l'apophyse styloïde. La tumeur ainsi détachée, on n'eut plus à s'occuper que de la désarticulation. La section des ptérygoïdiens se fit sans beaucoup de peine; mais la section du tendon du temporal au-dessus de l'apophyse coronoïde fut d'une difficulté très-grande. Cette saillie osseuse, par une anomalie qui la rapprochait de la conformation qu'on observe chez les carnassiers, s'élevait à plus de 3 lig. au-dessus du niveau du condyle, n'en étant séparée à peine que de 6 lignes; de telle sorte que cette apophyse se cachait profondément sous l'arcade zygomatique et près de sa base. Le parties osseuses étaient rapprochées à tel point, que la lame d'un bistouri une fois introduite, tout mouvement était impossible. Alors coupant les moyens d'union de l'articulation temporo-maxillaire en avant et en dehors, par des tractions en bas, on parvint à descendre un peu l'apophyse coronoïde; la section du crotaphite, devenue plus facile, s'opéra dès lors sans trop de difficultés de dedans en dehors. Cinq ou six artères furent liées à proportion; la linguale était la seule un peu volumineuse.

Pendant l'operation, la langue ne fut point rejetée en arrière et garda sa position naturelle.

Avant de disséquer le pharynx, M. Lisfranc se débarrassa d'une grande partie de la portion interne de la tumeur, en faisant précéder la section d'une ligature en masse, de peur qu'elle ne donnât lieu à quelque écoulement sanguin considérable.

On attendit un instant pour s'assurer contre toute hémorrhagie. Dans ces opérations, où des lambeaux doivent être réappliqués à l'aide de sutures, on ne saurait trop apporter d'attention à se prémunir contre une hémorrhagie consécutive. Cet accident, en effet, nécessiterait pour y remédier la compression sur un lambeau où déjà la circulation languit, ou même l'ablation des points de suture pour les rétablir après l'écoulement sanguin arrêté; on prévoit les inconvéniens de ce second pansement.

Le lambeau réuni par première intention fut maintenu par un grand nombre de points de suture. Depuis le bord libre de la lèvre jusqu'au menton on préféra, la suture entortillée, pour mieux affronter les bords et pouvoir donner au lambeau les inflexions que conservait le point correspondant des tégumens. Et sous ce rapport, la réunion est tellement exacte qu'il faut la chercher pour l'apercevoir sur les lèvres.

Partout ailleurs on mit un grand nombre de sutures entrecoupées. A la partie inférieure de la plaie, la peau formait un petit gousset arrondi, à cul-de-sac inférieur; ce sinus retenant le pus, aurait facilité son infiltration dans le tissu cellulaire filamenteux et lâche des parties latérales du cou. Une petite incision longitudinale de dix lignes détruisit ce cul-de-sac. On laissa cette petite plaie triangulaire sans suture pour fournir au pus un écoulement facile, et une petite mèche pendant 24 heures s'opposa à l'agglutination de ses bords. Une large compresse fenêtrée, fortement enduite de cérat, un plumasseau de charpie très-épais pour maintenir mollement le lambeau réappliqué contre les tissus sous-jacens; des compresses longues et une mentonnière constituèrent tout l'appareil du pansement.

A l'aide d'un biberon, dont le bec était introduit jusque sur la base de la langue, le malade but sans peine. Les mouvemens de déglutition un peu embarrassés le lendemain, et le troisième jour de l'opération, par suite de l'inflammation traumatique, ont été depuis parfaitement libres. Le malade n'a pas ressenti la plus légère indisposition. Le mieux a marché avec une rapidité incroyable. Dès le troisième jour l'opéré a pu rester levé plusieurs heures; le quatrième il s'est promené dans l'appartement; le sixième il est sorti sur le boulevard; et au dixième, il est venu à l'hôpital de la Pitié, où le professeur, M. Lisfranc, a pu le montrer à son nombreux auditoire.

Dès le 27 janvier, seizième jour après l'opération, il ne restait pour compléter la guérison, qu'à cicatriser une petite plaie superficielle, dans le point où l'on avait ménagé une petite ouverture pour l'écoulement des matières sécrétées, et le mardi 3 février, l'opéré a été présenté à l'Académie parfaitement guéri. Il mastique très-bien avec la portion restante de l'os maxillaire. Sa parole est beaucoup plus facile qu'avant l'opération; du reste, trois jours après l'opération, il parlait déjà assez distinctement.

Il reste ici une paralysie de la face et du muscle orbiculaire des paupières. Cependant ces dernières ne sont pas totalement privées de mouvement, et le malade

peut recouvrir à volonté les deux tiers du globe oculaire, habituellement à découvert dans l'écartement naturel des paupières. Au reste, ces mouvemens sont beaucoup augmentés depuis quelques jours, et la joue reprend un peu de sensibilité. Nous espérons que cette paralysie se dissipera avec le temps. Déjà l'autre malade dont nous avons publié l'observation avait présenté un phénomène analogue, ce qui tient sans doute à la section du nerf facial.

Une portion du nerf lingual a été enlevée ici avec le côté interne de la tumeur. Au moment de sa section, le malade ressentit dans le côté correspondant de la langue un mouvement de vibration qu'il éprouve encore aujourd'hui. Malgré la perte de ce nerf, il n'en conserve pas moins sur le même côté de la langue la faculté de percevoir parfaitement les saveurs.

Nous avons dit les difficultés que l'opérateur avait eues à surmonter pour détacher l'apophyse coronoïde; il avait fallu hacher, dilacérer en quelque sorte la partie inférieure du muscle crotaphite. Joignez à cette cause d'inflammation l'impossibilité de juxta-poser le lambeau sur les tissus sous-jacens, à cause de la saillie de l'apophyse zygomatique.

Cette opération a présenté trois faits principaux : la disposition singulière de l'apophyse coronoïde, la dissection de la partie antérieure et droite du pharynx; et enfin on a pu s'abstenir de lier préalablement la carotide.

La pièce pathologique était une énorme tumeur de 4 pouces au moins de diamètre en tous sens. Trois pouces au-delà de la face postérieure de l'os, elle plongeait jusque vers le pharynx. A la section, on a trouvé un tissu blanc, élastique, laissant suinter un peu de sérosité et offrant en un mot tous les caractères des polypes fibreux de l'utérus. A sa partie moyenne, l'os en était enveloppé dans toute sa circonférence; sans présenter nulle trace d'inflammation, cet os était détruit, usé, sans ulcération aucune, usure analogue à celle qu'on observe sur les os voisins d'un anévrisme. Au centre, il n'offrait plus qu'un noyau de 3 lignes d'épaisseur. Toute la table interne était presque détruite, et la partie supérieure du corps de l'os était parcourue par une large gouttière depuis la base de l'apophyse coronoïde, également détruite, jusqu'à la première molaire, restée encore sur la pièce pathologique et non ébranlée. Nulle trace des cloisons dentaires. Cette rainure était remplie d'un tissu mou passant à l'état fibreux, au milieu duquel le nerf dentaire passait intact. La tumeur semblait avoir pris naissance du périoste des alvéoles dégénérées. A sa partie postérieure et externe, se voyait une portion du nerf lingual avec quelques fibres musculaires enlevées avec elle. Cette pièce a été mise sous les yeux de l'Académie.

—

N° 7. — 13 Février.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

—

Recherches sur la nature et les variétés des ossifications accidentelles; par M. Rognetta.

La persuasion où l'on était autrefois que toute espèce de substance osseuse avait dû d'abord passer par l'état cartilagineux avant d'arriver à l'ossification complète, avait fait ériger en axiome la proposition que voici : *Omne os a cartilagine, sicut omne animal ab ovo !* Cette sentence erronée a pourtant eu pour partisans les deux physiologistes les plus illustres de leur époque, Haller et Scarpa. J'ose dire *erronée*, prise d'une manière générale; car il est prouvé aujourd'hui que toute substance osseuse ne suppose pas toujours inévitablement la préexistence d'un lit cartilagineux. Sans compter pour le moment les trois quarts des ossifications accidentelles dont je vais parler, qui d'après l'analyse chimique, ne sont que de simples pétrifications, ou plutôt des concrétions purement calcaires, ostéiformes, et manquant absolument d'un fond cartilagineux, je dirai que l'ostéogénie normale a prouvé aujourd'hui que la partie moyenne de tous les os cylindriques, aussi bien que plusieurs os du crâne du fœtus, passent *ex abrupto* de l'état membraneux à l'état calcaire osseux, sans subir aucunement la métamorphose de cartilaginification généralement admise. Cela n'empêche pas cependant que, plus tard, cette partie du système osseux ne présente les mêmes élémens que le reste des os. Cette découverte est attribuée, de nos jours, à un physiologiste anglais Howship; elle a été confirmée par Béclard. Je la trouve pourtant nettement exposée dans Reichel. Il paraîtrait même, d'après cet auteur, que ce sujet avait occasioné une polémique assez acharnée entre Kerkringius et Nesbit. Mais laissons là les questions de pure érudition; revenons à notre sujet.

Je dis donc que toute substance osseuse n'est pas toujours l'effet d'une métamorphose d'un état cartilagineux préalable. Ceci se vérifie surtout dans la plupart des ossifications accidentelles des organes indépendans du périoste. C'est déjà faire pressentir qu'il n'y a pas d'analogie rigoureuse à établir entre la pathogénésie et la structure des exostoses proprement dites, et celles des productions ostéiformes accidentelles qui ont lieu dans des parties indépendantes de la membrane périostale. Prouvons d'abord par des faits incontestables cette proposition fondamentale.

Pour procéder avec ordre dans l'examen de ce sujet intéressant, il faut considérer toutes les ossifications accidentelles sous le double rapport des tissus qu'elles envahissent et des élémens matériels qui les forment.

Tous les tissus de nos organes indistinctement ont offert en différentes occasions des exemples de transformations osseuses. Quelques-uns d'entre eux cependant

y paraissent plus prédisposés que les autres. En général, toute trame organique dont les élémens matériels se rapprochent le plus des principes parenchymateux des os occupe le premier rang dans l'ordre de fréquence de productions osseuses accidentelles. Ainsi les systèmes cartilagineux, fibro-cartilagineux, fibreux (ligamens, tendons, périoste, dure-mère, centre tendineux du diaphragme), artériel, etc., sont de nos parties celles qui nous offrent dans les dissections de plus fréquens exemples de ces transformations. Les organes parenchymateux, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les testicules, toutes les glandes en général, la matrice, les muscles, etc., occupent la seconde place dans la catégorie de la susceptibilité à ces altérations. Viennent ensuite les membranes séreuses, les muqueuses, les veines, etc. Il est plus rare de trouver un organe creux tout ossifié, tel que la vésicule biliaire, etc. On n'en manque pas d'exemples cependant. On voit aussi cette dégénérescence envahir quelquefois certaines productions morbides, comme des kystes, des tumeurs fibreuses ou polypeuses, etc. Il y a un point de contact important à saisir et à méditer entre toutes ces ostéocèles extra-périostales et les exostoses proprement dites; c'est celui de leur forme, de leur consistance et de leur composition chimique.

La forme qu'affectent les ossifications accidentelles non dépendantes du périoste est variée suivant les organes qu'elles attaquent. En général, on peut réduire à quatre espèces ces altérations, savoir : 1° ossifications *granulées* ou *terriformes ;* 2° *ensiformes* ou *en figure d'espadons ;* 3° *laminiformes* ou *lamellaires ;* 4° *nucléiformes* ou *en figure de tubérosités plus ou moins volumineuses.*

I. *Ossifications granulées ou terriformes.*

Ce sont des substances crétacées plus ou moins consistantes, quelquefois mollasses, d'autres fois dures et friables, qui s'infiltrent dans les ligamens des goutteux dans les parois et dans l'intérieur de certains kystes et de certaines tumeurs; dans les glandes bronchiques, mésentériques; dans les poumons, le foie, les reins, le cœur; sur la face utérine du placenta, etc. On a souvent confondu ces dépôts crétacés avec les véritables tubercules. Je vais donner un exemple de ce dernier cas. M. Carus, d'Allemagne, ayant eu plusieurs fois l'occasion d'observer des concrétions calcaires de forme tuberculeuse et lamellaire sur la face utérine du placenta, eut le soin de faire analyser chimiquement ces concrétions, et l'on s'assura qu'elles étaient composées de phosphate de chaux, de phosphate magnésique et d'une très-petite quantité d'acide sulfurique. Ces concrétions extra-placentaires se rencontrent, d'après M. Carus, deux, trois, cinq, huit fois sur cent femmes scrophuleuses enceintes. Cet accoucheur les considère comme l'analogue de la matière qui forme la coquille de l'œuf chez les oiseaux et chez plusieurs reptiles; et je m'étonne qu'un cas de ce genre, présenté dernièrement à la société anatomique de Paris, ait été jugé par cette assemblée comme une production tuberculeuse ordinaire. La plupart des autres ossifications crétacées que je viens de nommer ont été analysées par Duncan; aucune d'entre elles ne contenait les élémens propres à la faire comparer aux os véritables; aucune d'entre elles surtout ne présentait ce fond cartilagineux qui forme l'essence des os à l'état parfait. Ce dernier médecin-chimiste a trouvé que les concrétions tophacées des goutteux ne sont composées que d'urate de soude en place de carbonate et de phosphate de chaux, ainsi qu'on le croyait autrefois.

II. *Ossifications ensiformes ou en figures d'espadons.*

Il ne faut pas confondre ces ossifications avec celles qu'on rencontre dans certaines gourmes et dans d'autres espèces de tumeurs formées entre le périoste et l'os, ou dans les mailles mêmes de cette membrane, ou bien enfin dans quelques points du système médullaire des os. Ces dernières ossifications ne diffèrent en rien, dans leur structure, des os véritables, tandis que celles dont il est ici question, n'ont de semblable avec eux que les seules apparences.

Ces concrétions ne se rencontrent ordinairement que dans l'intérieur de certaines tumeurs enkystées, telles que les athérômes, etc. On les a vues quelquefois dans le parenchyme de certains muscles. Tel était le cas d'ossification accidentelle rencontré en 1808 par M. colombat, dans la base de la langue d'un homme, dont il présenta la pièce à la Faculté de médecine de Paris. Le plus souvent cependant, l'ossification ensiforme dont nous parlons est accompagnée aussi de l'ossification granulée; il y a quelquefois même une sorte de diathèse terreuse dans la constitution; de là des dépôts multipliés dans le parenchyme des muscles et dans différentes autres parties du corps. Un cas de ce genre, rapporté dernièrement par la Gazette médicale de paris (1834, justifie assez ces dernières propositions. Je ferai remarquer, d'après mes propres recherches à ce sujet, que les ossifications en question ne se rencontrent ordinairement que chez des jeunes gens scrophuleux. Je vais en attendant citer un exemple remarquable d'ossification ensiforme. Un jeune homme âgé de 15 ans portait une tumeur anévrismale de l'artère sous-clavière; on l'ouvrit, croyant à une tumeur d'autre nature : jet de sang, etc., etc. Avec le temps, toute la masse de la tumeur sanguine s'ossifia, ou plutôt se pétrifia, en présentant dans son intérieur des espèces d'espadons et de lames ostéiformes très-solides, avec une quantité de terre calcaire. Ces espèces de cristallisations en forme d'aiguilles spathiques et de lames osseuses présentaient un arrangement régulier entre elles, étant les unes concentriques, les autres excentriques dans toute la masse de la tumeur. Un cas absolument pareil se trouve déposé dans le cabinet anatomique de Glascow. D'après l'observation de Béclard, ces cristallisations n'ont rien de semblable aux os parfaits, si ce n'est quelques principes terreux; elles manquent en effet d'un parenchyme cartilagineux; aussi cet anatomiste les considère-t-il

comme de véritables productions pétrées. On doit en dire autant de certains corps fibreux de la matrice, de quelques polypes du nez, de tous ces organes parenchymateux ou autres, tels que le foie, la rate; des fœtus entiers, etc., qu'on a trouvés pétrifiés dans les corps vivans. « Ce que l'on a décrit, dit Béclard, sous le nom de pé-
» trification de certains organes ou de fœtus, n'est
» autre chose qu'une infiltration d'os pierreux très-ser-
» rée, de manière à faire disparaître presque tout-à-
» fait la matière animale de l'organe. »

Il y a quelques cas cependant où une tumeur de nature cellulo-vasculaire se dessèche et devient une véritable substance osseuse, si sa base communique avec les vaisseaux du périoste. Tel a été le cas d'une épulis du volume d'un œuf, qui se transforma plus tard en véritable exostose, observée par Cullerier. (*Dict. des sc. méd.*)

III. *Ossifications laminiformes ou lamellaires.*

Celles-ci sont les plus communes. Dans les artères, dans le péricarde, dans les plèvres, dans les membranes du cerveau, dans les enveloppes du testicule, etc., on ne rencontre ordinairement que l'ossification laminiforme; quelquefois on y trouve aussi la granuleuse. L'analyse chimique de ces lames cassantes a été faite plusieurs fois: ce sont de simples concrétions terreuses manquant entièrement de ce parenchyme cartilagineux qui forme l'essence des os. « Quant aux artères, ajoute
» Béclard, c'est dans beaucoup de cas une sorte d'in-
» crustation, plutôt qu'une véritable transformation
» osseuse. » On trouve, dans les ouvrages de Scarpa et de Hogdson sur les maladies des artères, et dans d'autres ouvrages que j'ai déjà cités, un très-grand nombre d'exemples de ces productions. Je me bornerai au suivant. Un homme, âgé de 47 ans, mourut de pulmonie tuberculeuse. A l'autopsie l'on trouva dans la poitrine une sorte de plastron ostéiforme qui s'étendait de la sixième à la neuvième côte, depuis le corps des vertèbres jusqu'à la portion cartilagineuse des mêmes côtes. Cette espèce de plaque, qu'on pourrait comparer pour la solidité et la forme à celle dont on garnit les corsets des femmes de nos contrées, présentait à l'œil nu ici des lames osseuses, là des granulations de même nature. L'auteur de cette observation ajoute que « le
» sel terreux paraît être disposé en masses granulées et
» friables dans les mailles du tissu cellulaire extra-pleu-
» ral. *La trame cartilagineuse qui régularise en géné-*
» *ral le procédé d'ossification naturelle*, paraît avoir
» manqué dans le cas présent (1). » Les ossifications laminées du périoste et des cartilages différant de celles-ci par leur nature, seront examinées plus loin.

IV. *Ossifications nucléiformes.*

Celles-ci se rencontrent ordinairement dans le centre des organes parenchymateux, tels que le foie, la rate, le cerveau. On les voit assez souvent dans les cartilages des côtes. Il ne sera ici question que de celles de la première espèce. Ce sont tantôt des hydatides ou des tumeurs enkystées dans le centre des organes, qui se pétrifient en conservant leur forme primitive; tantôt au contraire c'est une partie du parenchyme de l'organe lui-même qui se laisse sursaturer de terres calcaires, de la même manière qu'une éponge se laisse pénétrer d'eau: ce qui arrive assez souvent à la glande pinéale: la matière animale disparaît en grande partie et la concrétion prend une apparence d'ostéocèle. M. Berzélius, qui donne l'analyse des concrétions osseuses de la glande pinéale, s'exprime de la manière suivante à ce sujet: « Ces concrétions sont composées, d'après l'analyse
» qu'en a faite John, de trois quarts de phosphate cal-
» cique, avec un peu de phosphate magnésique, et
» d'un quart d'une substance animale dont la nature
» n'a point été déterminée. » Il arrive cependant quelquefois que les ossifications nucléiformes extra-périostales présentent un fond cartilagineux et les mêmes élémens que les os véritables; tel était le cas d'une tumeur ostéiforme, du volume d'une grosse noix, que Mascagni rencontra dans le centre de la substance du foie: cet anatomiste fit sécher la tumeur, la plongea pendant quarante-huit heures dans une solution d'acide nitrique très-allongée, et il obtint une masse de cartilage ou de fibro-cartilage dépouillé des sels calcaires, comme si c'eût été un morceau d'os véritable. Mais ces cas sont excessivement rares, et ne doivent être considérés que comme des exceptions extraordinaires.

On peut donc dire, sans crainte d'être démenti, que les concrétions ostéiformes, non dépendantes du périoste, sont plutôt des pétrifications que des véritables substances osseuses; car elles manquent non-seulement d'un canevas cartilagineux, mais aussi de la gélatine qui forme l'un des élémens essentiels des os.

Ceci répond à peu près à cette proposition, dit M. Lobstein, savoir que « toute partie dure qui n'a pas été d'a-
» bord cartilagineuse doit être regardée comme une sorte
» de pétrification. »

Il reste maintenant à parler des ossifications accidentelles qui dépendent immédiatement de l'action des vaisseaux périostaux, je veux dire, qui naissent entre le périoste et la face externe de l'os; ou bien, entre les lames mêmes de la membrane périostale. Ces productions sont de véritables substances osseuses; et lorsqu'elles forment des tumeurs circonscrites, elles constituent les exostoses que nous appelons épiphysaires.

Obs. — Une demoiselle de la campagne, âgée de 28 ans, de bonne constitution, habituellement bien portante avait reçu depuis huit mois, une légère contusion par la corne d'une vache, à la partie supérieure et interne du bord orbitaire du côté gauche. Pas de plaie ni de perte de connaissance; douleur passagère. Un mois après, apparation d'une petite tumeur dure et indolente vers le grand angle de l'œil, endroit de la contusion. Augmentation graduelle de cette tumeur jusqu'au vo-

(1) Fouquier, Bulletin de la Faculté de méd., t. 3, p. 85.

lume d'une amande. Consultation de quelques professeurs de la faculté de Glascow : le mal paraît de nature douteuse, on n'ose pas l'attaquer, d'autant mieux que la malade n'en souffre pas. Vers le huitième mois de l'accident, le docteur Lucas est consulté ; voici l'état des choses à cette époque.

Tumeur très-dure et indolente au-dessous de la paupière supérieure : forme plate et ovale de la grosseur ; elle est large d'un pouce et demi suivant le bord interne et supérieur de l'orbite ; sa profondeur est inappréciable. Exophthalmie très-considérable, ou plutôt chute de l'œil sur la joue : faculté visuelle entièrement éteinte. Mobilité apparente et non-réelle de la tumeur sous l'impulsion des doigts ; absence complète de tout symptôme cérébral et de toute maladie constitutionnelle. La malade réclame avec instance l'enlèvement de sa tumeur.

Le docteur Lucas, pour s'assurer de la nature du mal, pratiqua une incision transversale d'un pouce sur le bord orbitaire en coupant la paupière supérieure, et mit la tumeur à découvert. On y découvre un corps osseux, dur, couvert seulement par la paupière et par le périoste orbitaire, adhérant à cette membrane. On fait des efforts pour l'en détacher, elle paraît inébranlable. On entretient la plaie ouverte pendant long-temps. La tumeur continue à augmenter de volume et l'œil à prolapser davantage. La santé de la malade pourtant continue à être bonne. Onze mois après cette incision, la tumeur paraît mobile et très-saillante entre les lèvres de la plaie : *nécrose sur quelques points de la partie découverte de l'ostéocèle.* On élargit l'incision, on ébranle la tumeur avec de fortes pinces, on y revient à la charge quelques jours après, et l'extraction en est faite heureusement. C'était une plaque osseuse, solide, très-dure et très-lisse, de la figure d'un morceau de verre de montre, pesant une once et deux drachmes. Elle présentait un pouce et demi de longueur, et deux bons pouces et demi de circonférence. La cavité d'où la tumeur a été extraite ayant été parcourue avec le bout du doigt et de la sonde, est saine et comme tapissée par une membrane très-fine ; aucun des os de l'orbite ne paraît dénudé. Pansemens simples ; rentrée graduelle de l'œil ; retour de la vision. Guérison complète au bout de plusieurs mois de traitement.

L'analyse chimique de la pièce, ayant été faite par M. Duncan, donna les proportions suivantes, mises en regard avec celles d'une portion d'un fémur d'homme adulte, de volume égal à la tumeur qu'on analysa en même temps.

	Tumeur.	Fémur.
Cartilage,	7,8	4,6
Phosph. de chaux,	82,4	87,5
Carb. de chaux,	9,8	7,9
	100	100

M. Duncan ajoute très-judicieusement après cette analyse comparative la remarque suivante. « Il est évident que la substance de la tumeur extraite par M. Lucas ne diffère en composition de celle du fémur que comme un os d'enfant diffère de celui d'un adulte. La tumeur, en effet, ne datant que de dix-neuf mois, devait présenter une plus grande proportion de cartilage que l'os adulte (1). » A en juger d'après cette analyse sur le fémur ci-dessus, on serait porté à conclure que chaque partie de nos os renferme près de 95 parties de principe terreux sur 5 parties de cartilage, ce qui me paraît énorme. Ceci est en contradiction avec un passage de Wilson, qui dit qu'un os dépouillé par un acide de ses sels terreux ne perd qu'un tiers de son poids primitif. Du reste, cela nous importe fort peu pour le sujet en question ; ce qu'il y a de certain à cet égard, c'est que si l'on dépouille un os sain de toute sa substance animale en le faisant brûler, ce qui reste est un amas considérable de substances calcaires conservant la forme primitive de l'os, et dont il serait très-facile de calculer les proportions en pesant l'os avant et après sa carbonisation ou son incinération.

Quoi qu'il en soit cependant, pour que les réflexions que je viens de faire n'affaiblissent en rien les conclusions que je veux tirer de l'analyse de l'exostose ci-dessus, je vais m'appuyer sur l'autorité d'un des premiers chimistes de l'époque. « Il arrive quelquefois, dit M. Berzélius, qu'un os se développe sur un point de son étendue en une masse qui prend continuellement de l'accroissement, mais dont cependant la composition est presque la même que celle du reste de l'os. Parfois aussi on voit se former sur les os des tubercules volumineux qui ne s'accroissent plus. Ces masses appelées exostoses contiennent, d'après M. Lassaigne, plus de cartilage et de carbonate calcique que les os ordinaires. » (Berzélius, *Traité de chimie*, t. VII, p. 481.)

A moins de fermer les yeux à la lumière, on ne peut se refuser de voir dans l'observation qui précède une exostose épiphysaire produite par une épiphlogose périostale orbitaire (inflammation adhésive de Hunter), que la contusion primitive y avait provoquée. Nous développerons dans un autre travail la manière d'agir des causes pathogéniques de ces productions osseuses sous-périostales. Contentons-nous de remarquer pour le moment dans cette observation l'existence de tous les élémens d'une trame véritablement osseuse, pareille à celle des os normaux. Ceci différentie essentiellement cette tumeur de toutes celles qui naissent en dehors et à distance du périoste, et dont nous venons de parler. Indépendamment des vaisseaux ostéifères du périoste, il y a dans la composition moléculaire de cette membrane quelque chose de particulier qui lui donne une faculté étonnante aux productions organiques nouvelles. Par la simple ébullition dans de l'eau pure ; en effet, on peut faire fondre complétement le périoste et

(1) The Edinb. med. and surg. journal. 1805, t. 1, p. 405.

le résoudre en véritable gelée, circonstance qui ne se rencontre dans aucune autre membrane fibreuse de notre corps. D'autres considérations importantes se rattacheraient à ce sujet ; mais elles trouveront mieux leur place ailleurs. Je finirai ce travail par les remarques suivantes.

1° Un grand nombre d'ossifications accidentelles sous-périostales ayant été soumises par Scarpa, Scavini, Mascagni, Nanula, A. Cooper, Howship, Wilson et par plusieurs autres chirurgiens, à l'action d'un acide minéral étendu d'eau, ont constamment été dépouillées des sels calcaires qui les saturaient et donné une masse fibro-cartilagineuse, de figure pareille à celle de la tumeur primitive, comme si c'eût été un véritable os normal. Plusieurs pièces préparées de la sorte et exposées dans les cabinets anatomiques de l'hôpital St-Thomas, à Londres, dans celui de M. Nanula, à Naples, attestent cette vérité. (*The Lancet*, vol. 8, p. 28.)

2° Toutes les ossifications accidentelles sous-périostales ont une base sessile avec laquelle elles se joignent à l'os qui les supporte. Elles s'y joignent d'abord épiphysairement, à l'aide d'un lit cartilagineux ; puis, elles se greffent solidement, ou plutôt se cimentent avec l'os lui-même par les progrès de l'ossification ; de manière à devenir partie intégrante du parenchyme de l'os primitif. Ces circonstances ne peuvent pas se rencontrer dans les ossifications extra-périostales.

3° D'après l'observation de Mascagni (*Prodromo*, p. 123), toute ossification accidentelle dépendant de l'action des vaisseaux ostéifères du périoste, présente constamment dans sa substance un tissu compacte extérieurement et un tissu alvéolaire dans le centre. Ainsi les fibro-cartilages laryngiens, dit cet observateur, acquièrent l'organisation indiquée lorsqu'ils s'ossifient, bien que rien de pareil ne s'observe dans l'état normal de ces fibro-cartilages. La même remarque a lieu à l'égard des cartilages costaux lorsqu'ils passent à l'état osseux. Voilà encore une différence entre ces ossifications et les pétrifications organiques dont nous avons parlé.

4° L'éburnation (avec ou sans hyperostose), qui est aussi une sorte d'ossification accidentelle, ne s'observe que dans les parties qui vivent sous l'influence du périoste. « Dans l'extrême vieillesse, dit Bichat, la sub- » stance calcaire domine tellement qu'elle étoufferait la » vie, si la mort générale ne prévenait celle des os. » C'est là, à mon avis, une proposition hasardée, plutôt spirituelle que vraie ; car les os éburnés sont saturés au plus haut degré de phosphate calcaire, et cependant leur vie, bien que très-latente et en quelque sorte engourdie, n'est jamais complétement éteinte par cette seule cause ; je ne connais pas, en effet, un seul exemple de nécrose survenue par cette seule circonstance. Il y a dans les os éburnés un mode de vitalité que nous ne comprenons pas encore. L'éburnation dépend, comme il est aisé de s'en convaincre, d'une sursaturation de phosphate calcaire libre. Ainsi un morceau de fémur éburné ayant été pesé comparativement à un autre morceau de volume égal d'un fémur sain, le premier marquait dans la balance un poids double du second. Cette substance calcaire s'interpose dans les aréoles du tissu organique des os, comme l'eau se comporte à l'égard d'une éponge qu'on immerge dans ce liquide. (Béclard, Anat. gén., p. 439.) Les acides minéraux, en effet, dépouillent les os éburnés de leurs sels calcaires, comme ils le font à l'égard des os normaux. La masse cartilagineuse restante est égale dans les deux cas. On peut en dire autant de la formation et de l'analyse des émails accitentels qu'on rencontre aux extrémités articulaires de certains os ; ce ne sont là que deux espèces de cartilages passés à l'état d'éburnation. Il est probable en outre que les concrétions cartilagineuses, formées spontanément dans l'intérieur des articulations, dépendent aussi de la même influence des vaisseaux périostaux ou ostéifères qui se propagent par les ligamens articulaires. Comme, d'après la remarque de Bichat, ces vaisseaux des ligamens et des tendons articulaires charient, dans l'état naturel, de la gélatine plutôt que du phosphate calcaire, cette circonstance expliquerait assez la cause de la différence de structure des ces productions cartilaginiformes, par rapport aux autres ossifications dont nous venons de parler.

5° Enfin, dans l'analyse chimique ou d'anatomie pathologique qu'on fera de toute espèce d'ostéocèle, soit épiphysaire, soit parenchymateuse, il est bon de se rappeler que, dans l'état normal, tous les os du corps humain ne sont pas également pénétrés de la même quantité de sels calcaires. Ainsi, par exemple, il est prouvé qu'en général les os du crâne contiennent une plus forte proportion de phosphate calcique que les os des membres, et que le rocher en renferme naturellement toujours une quantité beaucoup plus considérable que tous les autres os du corps, etc. Cela nous explique jusqu'à un certain point pourquoi les exostoses dites éburnées ont été le plus souvent rencontrées à la tête, et pourquoi les exostoses céphaliques acquièrent plus promptement que les autres le caractère d'éburnation.

Je termine là ce que j'avais à dire des ossifications accidentelles considérées en général ; les faits et les déductions que je viens de poser ne sont pas sans importance pour l'histoire des exostoses, et j'aurai occasion de les rappeler dans un travail complet sur ce sujet que je ne tarderai pas à publier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

Nous nous bornerons pour cette fois à analyser les cahiers de novembre et de décembre du *London medical gazette* ; les autres journaux seront compris dans la prochaine revue, avec les journaux trimestriels.

Histoire d'un empoisonnement par les graines de stramonium.

L'observation suivante est d'autant plus importante

qu'elle a été recueillie par le père de l'enfant qui en fait le sujet, M. Duffin, médecin lui-même.

Obs. — Le 26 novembre, la petite D..., âgée de 2 ans et demi, avala, sans qu'on s'en aperçut, mais sans les mâcher, plus de cent graines de stramonium qui étaient sur une table, et qui pouvaient peser environ 16 grains.

Pendant près d'une heure, on n'observa rien de très-remarquable; cependant depuis on s'est rappelé qu'environ une demi-heure après qu'elle eut avalé les graines vénéneuses, elle était très-irritable, paraissait éprouver une assez vive démangeaison et surtout à la face et semblait dans un léger degré d'ivresse. La mère qui ignorait la cause de cet état, pensant qu'il dépendait d'un moment d'humeur, ne s'en inquiéta pas et même la gronda un peu. Mais bientôt la congestion de la face, le désaccord des mouvemens, l'injection des yeux, l'expression maniaque, les efforts inutiles pour vomir, la parole incohérente et rapide, ses cris, ses efforts pour atteindre des objets imaginaires, frappèrent vivement l'attention; ces objets étaient sans doute très-effrayans, car au moment où elle semblait jeter les yeux du côté où elle croyait les voir, elle poussait un cri de terreur se jetait en arrière et se cachait la figure. Bientôt elle passa à la fureur, frappant, pinçant et essayant même de mordre tout ce qui se trouvait autour d'elle.

Au bout de deux heures et demie environ, la petite malade avait déjà entièrement perdu la voix et ne faisait entendre qu'un cri sourd qui alternait avec une toux sonore; de violens spasmes des muscles de la déglutition l'empêchaient entièrement d'avaler. Dès lors elle avait cessé d'être en rapport avec les objets qui l'entouraient; les mouvemens volontaires des membres avaient été remplacés par une agitation spasmodique. Le pouls était imperceptible, et les extrémités inférieures froides; la fontanelle antérieure n'offrant ni tension, ni battemens sensibles, il était évident qu'il n'y avait pas une forte congestion à la tête.

Cet état dura pendant environ trois heures avec quelques instans d'intermission et fit place au coma. Pendant tout ce temps, malgré les mouvemens rapides des membres, les muscles de la face restèrent toujours immobiles. Pendant la durée du coma le pouls augmenta considérablement de fréquence, 200 pulsations par minute, et la respiration donnait 100. Les évacuations étaient involontaires; la malade mourut 24 heures après avoir pris les grains.

L'émétique et le sulfate de zinc administrés aussitôt que l'on eut constaté qu'elle avait avalé quelque substance nuisible, firent sortir une vingtaine de grains par le vomissement, mais on dut en administrer de très-fortes doses, et l'huile de ricin, prise par la bouche et en lavement, en fit sortir encore 80.

A l'autopsie les membres étaient plus souples que d'habitude; l'abdomen très-distendu; le sang était demi-fluide partout; le cerveau et la moelle allongée n'offrirent rien de notable; le larynx et l'œsophage étaient assez fortement injectés; les bords de la glotte étaient tres-épaissis; l'estomac et les intestins paraissaient être à l'état normal; la vésicule biliaire était distendue par de la bile qui avait transsudé et colorait les intestins; la vessie était distendue par de l'urine; il ne restait pas une seule graine de datura dans tout le canal intestinal.

Modification produite sur l'huile de ricin pendant son passage a travers les intestins, par M. Golding-Bird.

Nous avons fait connaître ailleurs les recherches qu'ont faites les Anglais sur la matière grasse que rendent quelques malades par les selles. La communication suivante ajoute un nouvel intérêt à ces recherches. Les expériences qu'elle contient ont eu pour but de trouver les moyens de distinguer les masses graisseuses que contiennent quelquefois les garde-robes des différentes formes que peut offrir l'huile de ricin lorsqu'elle a traversé le tube digestif. On sait que quand cette huile a été administrée, soit par la bouche, soit en lavement, on peut la retrouver dans les déjections sous des modifications variées. Quelquefois elle se présente sous la forme de flocons caséeux ou d'une écume semblable à celle produite par le savon et flottant à la surface de la partie la plus fluide des déjections. D'autres fois, on l'a vue sous forme de grappes ou semblable à des hydatides d'une couleur blanchâtre. Le plus souvent cependant, on la trouve mêlée aux matières sous forme d'émulsion, et, dans un petit nombre de cas, elle a été rendue sous forme de masses solides.

Obs. — Une femme enceinte d'environ huit mois fut admise dans le service du docteur Bright, affectée de constipation, de vomissemens fréquens et d'un sentiment de brûlure dans la région épigastrique. On lui prescrivit quelques médicamens, parmi lesquels un lavement d'huile de ricin. La malade le garda le restant de la journée et toute la nuit, et ne le rendit que le lendemain matin. Une partie de l'huile de ricin était mêlée aux matières fécales. On voyait en outre à sa surface quelques masses semblables à du suif solide. Depuis cette époque cette femme n'a rien rendu de semblable.

Examen de la matière grasse.

1° Cette matière est molle, blanche, d'une odeur pénétrante, plus pesante que l'eau; insoluble dans le fluide et sans action sur le papier tournesol.

2° Exposée à la chaleur dans un tube de verre, elle fond partiellement, se décompose, fournit de l'eau et une petite quantité d'ammoniaque.

De ces caractères et de quelques autres qu'il serait trop long d'exposer ici, l'auteur conclut que cette matière grasse n'était que l'huile de ricin elle-même, qui avait été ainsi modifiée dans le gros intestin, changement probablement produit par une espèce de saponification due à la combinaison d'une partie de l'huile avec une matière alcaline et un peu d'albumine.

Observations sur la nature et l'origine de la maladie appelée la plique de Pologne; par le docteur Lefèvre.

L'auteur de cette notice, attaché à l'ambassade anglaise à Pétersbourg, a recueilli dans ses voyages en Pologne quelques observations sur la plique, qui ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt.

Il y a trois opinions différentes sur la nature de cette maladie : la plus généralement répandue, surtout parmi les étrangers, est celle qui la regarde comme n'étant que le résultat de la malpropreté. La seconde la regarde comme une maladie contagieuse produite par un virus particulier. D'après la troisième, elle n'est qu'une affection secondaire, une excrétion critique du cuir chevelu et de la racine des cheveux, qui met un terme à une foule de maladies différentes.

La première de ces opinions s'appuie sur la fréquence de cette maladie dans les dernieres classes, qui sont renommées par leur misère et leur malpropreté ; mais elle est fausse pour ceux qui, comme le docteur Lefèvre, ont pu pénétrer dans l'intérieur des familles opulentes du pays, parmi lesquelles on observe également la plique, et où cependant on ne peut accuser ni la négligence ni l'absence de propreté. L'auteur dit l'avoir observée dans cinq de ces familles. Qui ne sait en outre que la population juive, qui est répandue dans toute la Pologne, offre l'exemple de ce que l'on peut voir de plus hideux sous le rapport de la malpropreté? On devrait croire que la plique y serait au moins aussi fréquente que parmi les paysans polonais eux-mêmes ; et cependant il n'en est rien. M. Lefèvre dit ne l'avoir observée qu'une seule fois chez un juif, et avoir appris des médecins du pays que les enfans d'Israël en sont rarement atteints.

Il distingue deux formes de plique bien différentes, l'une artificielle, et l'autre naturelle. La première est produite dans le but de déterminer une espèce de crise, de débarrasser l'économie d'un vice ou d'une matière à laquelle on attribue une foule d'affections différentes. Cette forme est toujours bornée à la tête, et c'est déjà là un des moyens propres à la distinguer de la plique naturelle, que l'on observe sur toutes les parties qui sont couvertes de poils. On facilite la formation de cette espèce de plique en enveloppant la tête avec de la flanelle, et entretenant la chaleur qui augmente la sécrétion du cuir chevelu. La matière de cette sécrétion s'accumulant entre les cheveux, les colle les uns aux autres; une nombreuse population d'insectes s'y développe, et bientôt le bulbe des cheveux étant détruit, la masse tombe alors sous la forme d'un nid d'oiseau, et est remplacée par une nouvelle chevelure. Quelquefois cependant le sujet n'a pas la patience d'attendre la chute de cette masse, et il l'accélère en la liant partiellement avec un fil d'archal, qu'il serre chaque jour jusqu'à ce qu'elle se détache entièrement.

La plique naturelle se développe sur toutes les parties qui sont couvertes de poils : le bulbe des cheveux, dans cette espèce, se gonfle dès le commencement; les cheveux eux-mêmes, soit qu'ils reçoivent une plus grande quantité de fluide nutritif, soit plutôt par suite de l'altération de ce fluide, augmentent de volume et offrent une raideur qui leur a fait donner le nom populaire de *koltun* (bâton). L'entrelacement des cheveux n'est point un caractère de la plique naturelle, mais il est le résultat de l'art ou de la négligence; et c'est probablement là ce qui a fait douter, à quelques observateur superficiels, de l'existence de la plique naturelle. Un phénomène curieux qu'offre cette maladie, et qui démontre bien qu'elle n'est point le résultat seulement de la mlapropreté, c'est l'altération qu'offrent les ongles, et dont l'auteur dit avoir vu un exemple. A l'époque où les cheveux commencent à se détacher, les ongles cessent de pousser; ils présentent une apparence cornée, deviennent opaques, tombent, et sont remplacés par de nouveaux ongles. Aussi l'auteur pense que cette maladie n'est ni le résultat de la malpropreté, ni contagieuse; mais il la regarde comme une affection secondaire, comme une espèce d'évacuation critique qui se porte spécialement sur le tissu corné.

Observation d'un cas dans lequel des portions de tœnia ont été entraînées hors de la vessie.

Ce fait curieux est emprunté par le journal anglais à la quatrième édition de l'ouvrage de Mason-Good (*The study of medicine*), que vient de publier le professeur Samuel Cooper.

Obs. — Une jeune femme, âgée de 20 ans, éprouva une sensation semblable à celle que lui aurait causé la rupture de quelque chose dans la vessie, en se baissant pour se couper un cor au pied en août 1829. Depuis cette époque, elle a rendu de temps en temps du sang avec ses urines, et croyait sentir quelque chose se mouvoir dans la vessie, surtout après chaque évacuation, ce qu'elle attribuait à la présence d'un ver. Cependant elle dissimula avec soin, bien que sa santé en fût notablement altérée, lorsqu'en octobre 1830 elle fut prise d'une laryngite pour laquelle on appliqua des vésicatoires. Une rétention d'urine avec une cystite se déclarèrent aussitôt et nécessitèrent l'emploi du cathétérisme. Ce fut à cette occasion qu'elle parla de ses craintes qui, furent traitées d'imaginaires. Cependant l'attention ayant été appelée sur la vessie par la quantité du sédiment que déposait l'urine, on lui administra par la bouche et en lavement l'essence de térébenthine qui détermina une grande irritation, et fit sortir par l'urètre une petite longueur (environ huit articulations) de tœnia. Une autre médication fut alors adoptée : de fréquentes injections d'une solution d'opium furent pratiquées dans la vessie afin de détruire le ver, s'il était possible, en le tenant constamment sous l'influence de l'opium. Ce moyen réussit après avoir été employé pendant trois jours. Tous les mouvemens du tœnia cessèrent et on en fit sortir des fragmens considérables en dilatant l'urètre; mais ces fragmens étaient dans un

tel état de décomposition qu'on ne put compter les anneaux dont ils se composaient. Cependant il ne devait pas y en avoir moins de deux mille. Ils étaient toujours accompagnés à leur sortie, d'hémorrhagie, de débris de membrane et d'autres matières.

Depuis cette époque (janvier 1831) jusqu'au commencement d'avril de la même année il ne parut plus de tœnia, et cependant l'urine continuait à être teinte de sang et à déposer un sédiment blanc, bien que moins abondant qu'auparavant; comme la vessie était toujours fortement irritée, on fit pendant tout ce temps une injection anodine chaque jour. A cette époque, la malade ayant cru sentir encore les mouvemens du tœnia, on eut recours encore pendant quelques jours aux injections opiacées, mais sans succès, et ensuite à l'essence de térébenthine prise par la bouche. La malade en prit le 18 avril au matin, plein une cuiller à thé et détermina la sortie de quelques portions de ver dans un état récent avec des fragmens d'une membrane réticulée. Depuis cette époque jusqu'au 20 septembre il sortit, par la même voie, douze cent trente-neuf articulations de volume différent, depuis un tiers jusqu'à un huitième de pouce de largeur et qui furent tous conservés. La malade rendait en même temps des portions de membrane et des espèces de fongus qui ressemblaient à un morceau de foie, ou de chair de volaille. Enfin il y avait aussi quelquefois des fragmens d'une substance fibreuse ressemblant à la membrane musculeuse de la vessie ou de l'intestin. La malade rendait chaque jour de ces matières, et en même temps l'urine diminuait de quantité, excédant rarement quatre onces en vingt-quatre heures.

Le 16 novembre, après quelques jours pendant lesquels la malade n'avait rendu que de l'urine sanguinolente et très-fétide, on administra de nouveau l'essence de térébenthine qui fut suivie de la sortie des matières indiquées ci-dessus, et qui depuis ont toujours continué à être rendues par la malade avec de très-légers intervalles de repos. Pendant tout ce temps, elle a éprouvé aussi à différentes époques d'abondantes hémorrhagies intestinales qui l'avaient considérablement affaibli. De temps en temps elle rend encore des portions de tœnia lorsqu'elle a pris de l'essence de térébenthine.

Parmi les phénomènes bizarres et presque inexplicables qu'offre cette affection, l'un des plus remarquables est la rapidité avec laquelle l'essence passe de l'estomac dans la vessie. La malade la sent dans cet organe à peine au bout de vingt secondes, et elle est évacuée par l'urètre en moins de deux minutes, et même, en une occasion, la malade la rendit en une minute et quart.

La présence du tœnia dans la vessie, l'excrétion avec l'urine de débris de tissus, la rapidité avec laquelle l'essence de térébenthine passe de l'estomac dans la vessie, la fétidité des urines, sont autant de motifs de penser qu'il existe chez cette femme une communication entre la vessie et le canal intestinal.

—

Observation d'une maladie de la glande pinéale, recueillie à l'hôpital Saint-George.

Il n'est pas bien démontré pour nous que l'altération décrite dans l'observation suivante eût son siége dans la glande pinéale. Cependant, comme le malade a présenté pendant sa vie quelques symptômes anormaux, et comme tout ce qui suit se rapporte à l'étude de la localisation des organes du cerveau est d'un intérêt actuel, nous allons reproduire l'observation et une partie des remarques dont elle est suivie.

Obs. — Kendal, âgée de 21 ans, admise le 11 juin, se plaint d'une douleur vive à la partie postérieure de la tête et à la nuque. Il n'y a ni sensibilité ni rien d'observable à la vue. Elle éprouve une forte oppression et une grande faiblesse, et passe les nuits sans sommeil. La vue est intacte; le pouls d'une force médiocre; la peau fraîche et moite; depuis deux mois absence des règles. On prescrit le calomel et une potion saline.

Les deux ou trois premiers jours la malade éprouve un peu d'amendement, mais sans diminution de la douleur de la tête. Mouvemens convulsifs dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et surtout dans celui du côté gauche. Lorsqu'on parle à la malade, elle répond sur un ton élevé et très-aigu. On continue le calomel et plusieurs autres moyens sont employés concurremment. Le 4 juillet, la bouche est affectée, et la malade éprouve un peu d'amélioration; la douleur de tête a un peu diminué; la vue est meilleure; les mouvemens convulsifs ont cessé, et la malade sommeille un peu pendant les nuits; mais cette amélioration ne se soutient pas : la douleur revient la nuit suivante, et la malade est obligée de reprendre la même position qu'avant : c'est-à-dire qu'elle se tient continuellement assise dans le lit, la tête appuyée sur les genoux et les deux mains portées sur l'occiput. Lorsqu'elle essaie de lever la tête, elle augmente beaucoup les douleurs qu'elle y éprouve.

Le 11, on remarque un peu de surdité, du strabisme; les pupilles ne se contractent que lentement. Le 14, il y a de la stupeur; la malade évacue involontairement; elle continue à s'affaiblir, tombe dans le coma et meurt le 20 juillet.

Autopsie. La dure-mère est adhérente le long du sinus longitudinal. Tous les vaisseaux du cerveau sont pleins de sang. On trouve immédiatement au-dessous du fornix, reposant sur les tubercules quadrijumeaux, et faisant saillie dans le troisième ventricule une tumeur du volume d'une grosse noisette qui paraissait composée de sang coagulé et de fragmens de substances cérébrales. A l'entour, le cerveau était ramolli, mais n'offrait aucune autre lésion.

L'un des traits les plus frappans de cette observation, c'est sans contredit l'attitude que la malade fut obligée de garder pendant long-temps, et qu'elle ne pouvait quitter sans rendre les douleurs insupportables. Le narrateur de cette observation pense que la compression

qu'exerçait la masse cérébrale sur les tubercules quadrijumeaux, lorsque la tête posait sur l'occiput, était la cause de l'aggravation des douleurs. Il signale encore l'intonation particulière de la voix de la malade, et qui ne ressemblait nullement à l'expression de la voix des personnes tourmentées par la douleur, comme liée aussi probablement à la maladie.

Expériences relatives au sens du goût; par M. Noble.

Les physiologistes sont loin d'être d'accord sur la désignation du nerf qui préside à chacun des sens. La cinquième paire joue certainement un grand rôle dans la perception de chacun des sens; mais l'observation suivante, et les expériences qu'elle a permis de faire ne permettent pas d'admettre que les mêmes filets de la cinquième paire, qui donnent à la langue le sens général du toucher, soient chargés aussi du sens du goût.

Obs. — Mme Williams, âgée de 50 ans, s'appliqua, il y a quelques années, deux ou trois sangsues à la tempe gauche, près de l'angle externe de l'œil, et éprouva, au bout de deux ou trois jours, de violentes douleurs névralgiques dans la moitié gauche de la face. Ces douleurs se dissipèrent graduellement et laissèrent une amaurose presque complète du côté gauche, et une paralysie de la sensibilité du même côté de la tête et de la face. Le mouvement volontaire étant intégralement conservé comme avant. Depuis cette époque M. Williams est toujours restée dans le même état.

Ce que cette dame présente de plus singulier, c'est que le sens du goût, du côté gauche de la langue, est complétement intact, tandis que la sensibilité générale des mêmes parties est entièrement détruite. Elle est tout-à-fait insensible à toutes les impressions qui frappent le tact général, comme celle de la douleur, du rude et du lisse, du chaud et du froid, tandis qu'elle conserve la même finesse des deux côtés de la langue, pour percevoir la sensation de l'amer et du doux, ou pour toute autre modification du sens du goût. Ainsi, si après lui avoir bandé les yeux et lui avoir fait tirer la langue, on place transversalement sur la langue la lame d'un couteau : elle ne le sent que du côté sain, ou au moins la perception qu'elle en a du côté gauche est si obscure, qu'elle dit qu'il lui semble mort. On gratte avec la pointe d'une lancette une partie de la membrane muqueuse du côté gauche, et elle n'en éprouve pas la moindre douleur.

On laisse quelques instans une lame de couteau dans l'eau bouillante, et ensuite on l'applique transversalement sur la langue; mais la perception de la chaleur n'est sentie que du côté sain. On jette de petits fragmens de sel sur le côté gauche et de la poudre de sucre sur le côté droit, et elle ne sent rien tomber sur le côté malade; mais au bout de quelques secondes, lorsque les particules sapides ont été dissoutes, elle sent aussi bien le goût du sel du côté gauche, que celui du sucre du côté droit, et le même espace de temps s'écoule des deux côtés entre le contact des matières sapides et leur perception. Ces expériences furent modifiées de différentes manières, et constamment elles démontrèrent que d'un côté le tact général était détruit, tandis que le sens du goût était conservé.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Ulcère cancéreux de la lèvre inférieure; emploi de la kréosote; guérison; par M. Marchal, docteur en médecine à Lorquin (département de la Meurthe).

Ayant lu dans votre savant journal plusieurs observations sur l'emploi de la kréosote dans le traitement des cancers, je viens vous offrir la suivante, qui sera un fait de plus en faveur de ce nouveau médicament. Vous m'obligerez, si vous l'en jugez digne, de l'insérer dans la gazette médicale.

Obs. — M. Petit, habitant le village de Kerprich, arrondissement de Sarrebourg (Meurthe), âgé d'environ 50 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, vint me trouver le 5 juin 1834, portant sur la partie médiane de la lèvre inférieure un ulcère cancéreux qui datait de trois mois environ.

Cet ulcère occupait à peu près le tiers de l'étendue du bord libre de la lèvre; il était profond, d'une couleur grisâtre, recouvert de quelques végétations fongueuses; ses bords étaient durs et calleux; il s'accompagnait de douleurs lancinantes, et il s'écoulait continuellement de sa surface un ichor très-fétide.

Cet ulcère avait été précédé d'un petit bouton qui s'était déjà montré souvent, et que le malade avait fait disparaître plusieurs fois en le lavant avec du vinaigre pur. Enfin ce bouton avait reparu une dernière fois, et le malade l'ayant irrité en y portant fréquemment les doigts, il s'était ulcéré et avait peu à peu envahi les tissus environnans. Aucun traitement spécial ne fut dirigé contre cette maladie; seulement, le malade s'était contenté de répandre sur la plaie un corps gras que je crus être du cérat mercuriel; il le recouvrait ensuite d'une feuille de *tussilago farfara*, qu'il y laissait constamment appliquée, afin de dérober la vue de son mal.

En comprimant la lèvre entre deux doigts, je rencontrai, près de chacun des deux angles de la bouche, un durillon résistant, sans changement de couleur à la peau, séparé de l'ulcère par une portion saine de la lèvre et qui me parut être de nature squirrheuse.

N'ayant point alors de kréosote à ma disposition, je priai M. L'huillier, pharmacien à Lorquin, de m'en procurer le plus tôt possible; je me contentai pour le moment de cautériser l'ulcère en le touchant avec un pinceau imbibé de muriate d'antimoine, et je recommandai au malade de le laver de temps en temps avec de l'eau chlorurée, afin de ne plus être autant incommodé par l'odeur fétide qu'il répandait.

La résidence du malade étant éloignée de la mienne de deux lieues, je ne pouvais le voir que rarement; ce-

pendant il venait dans les premiers temps me trouver régulièrement chaque deux jours ; mais plus tard il ne vint plus qu'une fois par semaine.

Je cautérisai aussi souvent que je remarquai quelque point suspect : et seulement au bout de douze jours, c'est-à-dire le 17 juin, j'employai pour la première fois de la kréosote que M. Lhuillier, pharmacien, venait de me procurer. Les végétations de l'ulcère n'étaient plus aussi proéminentes que le premier jour ; néanmoins ses bords étaient renversés et calleux ; l'ichor fétide qu'il fournissait conservait encore le même caractère, et il s'était étendu extérieurement à la peau du dessous du bord libre de la lèvre, intérieurement au sillon qui sépare la lèvre des gencives. Je passai un pinceau imbibé de kréosote pure sur toute la surface de l'ulcère ; le malade se plaignit d'un sentiment de cuisson assez vive, mais de courte durée, et je lui conseillai de ne venir me trouver dorénavant qu'une seule fois par semaine, afin de me mettre en état de mieux apprécier les changemens qui s'opéreraient dans sa maladie. De retour chez lui, le malade se pansait lui-même régulièrement trois fois par jour, le matin, à midi et le soir. Chaque fois, il abstergeait toute la surface de l'ulcère, d'abord avec de l'eau chlorurée pour le débarrasser de la matière fétide qui en découlait et faire disparaître sa mauvaise odeur, ensuite avec de l'eau de guimauve tiède ; et ce n'était qu'après ces différentes lotions qu'il passait sur la plaie un pinceau fortement imbibé de kréosote, y introduisait un petit tampon de charpie trempé dans cette substance, et recouvrait le tout d'une feuille de tussilago farfara.

Le 23, l'ulcère avait encore gagné en étendue ; mais il était diminué en profondeur et avait perdu de sa couleur blafarde ; ses bords étaient calleux et renversés. Je cautérisai ces bords et les durillons dont j'ai parlé.

Le 30, le centre de l'ulcère s'était recouvert de quelques bourgeons charnus ; il avait perdu de son odeur fétide ; ses bords naguère calleux s'étaient ramollis sur quelques points. Une légère escarre s'était détachée du durillon placé au côté droit de l'ulcère, et laissait apercevoir une plaie grisâtre à son centre et rougeâtre à sa circonférence. Je recommandai au malade d'appliquer sur ce second ulcère un petit plumasseau de charpie imbibée de kréosote.

Pour éviter des détails qui pourraient devenir trop longs, je me contenterai de dire que l'ulcère s'étant peu à peu recouvert de bourgeons charnus, la cicatrisation se fit du centre à la circonférence, et les douleurs lancinantes cessèrent de tourmenter le malade. Le 21 juillet, il était presque entièrement cicatrisé ; il n'en restait plus qu'une très-petite callosité ulcérée que l'on remarquait à l'extérieur et au-dessous de la partie médiane du bord libre de la lèvre que je cautérisai. La plaie qui avait succédé à la chute de l'escarre du durillon du côté droit de l'ulcère était entièrement cicatrisée.

Le 11 août, l'ulcère lui-même était entièrement cicatrisé et recouvert sur toute sa surface d'une pellicule mince et rosée. Les callosités de ses bords étaient presque nulles. Le durillon qui existait à gauche de cet ulcère s'était accru. Je continuai de le cautériser avec le muriate d'antimoine.

Le 18 août, la cicatrice de l'ulcère devient solide ; seulement elle est divisée depuis quelques jours d'avant en arrière par une fissure peu profonde qui occupe la ligne médiane de la lèvre, et s'étend depuis le bord libre extérieur jusqu'à l'origine de la duplicature de la membrane muqueuse nommée le frein. Cette fissure n'avait aucune apparence suspecte ; elle semblait être le résultat d'une rupture de la cicatrice. Néanmoins, je conseillai au malade d'y passer le pinceau imbibé de kréosote. L'escarre qui recouvrait le durillon du côté gauche était tombée et laissait à découvert une plaie à bords calleux, assez large, grisâtre au centre, d'apparence lardacée, qui intéressait même la commissure des lèvres de ce côté. Je cautérisai ce troisième ulcère, et recommandai au malade de le recouvrir d'un plumaceau de charpie imbibé de kréosote dès le lendemain.

Ce jour le malade m'apprit que très-souvent il était sorti du premier ulcère quelque chose qui ressemblait à du menu gravier ; j'ai regretté de n'avoir pu constater moi-même le fait. Il m'apprit aussi que lorsqu'il négligeait de se panser, les douleurs éteintes semblaient se ranimer et lui faisaient éprouver un certain besoin auquel le pansement satisfait.

Le 25 août, la fissure de la partie médiane de la lèvre ne présente aucun changement ; elle laisse suinter un peu de sérosité limpide. Je la cautérise avec le nitrate d'argent fondu, et conseille au malade d'y appliquer ensuite de la kréosote. La plaie qui résultait de la chute de l'escarre du durillon du côté gauche, offrait un commencement de cicatrisation qui se faisait du centre à la circonférence.

Le 3 septembre, la plaie du côté gauche est presque cicatrisée ; la fissure de la ligne médiane de la lèvre était cicatrisée et laissait après elle un sillon profond. Un petit bouton, d'apparence suspecte, se montre au côté droit de la lèvre supérieure ; je le cautérise au moyen du nitrate d'argent fondu.

Le 28 octobre, la guérison est complète. Il ne reste aucune trace du petit bouton de la lèvre supérieure, ni des deux durillons de la lèvre inférieure ; la cicatrice de l'ulcère principal ressemble à celle qui serait la suite d'une brûlure.

J'ai revu le malade plusieurs fois depuis ; et rien jusqu'à présent ne fait craindre une recrudescence de la maladie.

Cette observation semble être très-concluante sur les propriétés thérapeutiques de la kréosote. Il est vrai qu'avant d'user de ce médicament, j'avais, à différentes reprises, cautérisé l'ulcère ; mais lorsque je m'en servis pour la première fois, l'ulcère n'avait pas encore perdu ce caractère suspect et particulier qui fait reconnaître un cancer ; l'écoulement d'un ichor fétide, les végétations, la couleur grisâtre du centre et l'aspect lardacé existaient encore, tandis qu'ils disparurent rapidement après l'emploi de la kréosote. Je dois dire aussi que la

cicatrisation marchait plus lentement à mesure qu'elle s'éloignait du centre des ulcères pour se rapprocher de leur circonférence ; quelquefois même elle semblait rester dans un état stationnaire ; et chaque fois que je me servais du caustique, soit pour réprimer les callosités des bords de l'ulcère, soit pour raviver quelques parties blafardes, et qui limitaient les parties déjà cicatrisées, la marche de la cicatrice devenait plus rapide qu'avant la cautérisation ; c'est ce qu'on a déjà pu remarquer à la lecture de l'observation pour la fissure qui divisait la cicatrice du premier ulcère. La kréosote que j'y fis appliquer d'abord n'y produisit qu'un effet très-peu sensible, tandis qu'après que je l'eus cautérisée, l'action de la kréosote fut telle, que la cicatrisation se fit très-rapidement. Il serait peut-être possible que le caustique, irritant vivement les parties avec lesquelles il se trouve en contact, les mît dans une condition plus favorable à la cicatrisation par l'action de la kréosote. Quoi qu'il en soit, l'application du caustique pourrait servir à hâter la cicatrisation de certains ulcères cancéreux, lorsque la kréosote seule ne peut y parvenir. On a vu, en effet, de ces ulcères résister à la kréosote; la cicatrisation, qui s'était d'abord faite rapidement, s'était ensuite ralentie; et parvenue à un certain point, elle restait stationnaire et ne s'achevait plus, quoique l'on continuât l'emploi du médicament. Faudrait-il, dans des cas semblables où l'on a reproché à la kréosote de se montrer quelquefois infidèle dans la thérapeutique des cancers, lui adjoindre le caustique ? On trouverait peut-être un moyen plus sûr d'obtenir leur cicatrisation et de se rendre maître de cette terrible maladie. Il faudrait avoir plusieurs faits, et je n'ai jusqu'à présent que l'observation ci-dessus à présenter en faveur de ce que j'avance ; peut-être en aurons-nous plus tard de plus concluantes, qui nous permettront d'établir jusqu'à quel point le caustique peut seconder l'action de la kréosote.

FEUILLETON.

DUPUYTREN.

Maintenant que la tombe de Dupuytren est fermée et que la postérité commence pour lui, nous ne saurions nous dispenser de jeter un dernier regard sur cet homme illustre. Ce triste devoir nous a été imposé bien souvent dans ces derniers temps. En moins de quatre années la France a perdu ses plus beaux génies et ses plus grands citoyens : Champollion, Rémusat, Benjamin Constant, Lafayette, Cuvier, et enfin Dupuytren.

Nous ne ferons point de panégyrique : les oraisons funèbres ne conviennent qu'aux gloires douteuses. Celle de Dupuytren n'en a pas besoin : la sienne n'était pas de celles que la main des partis et le vent des opinions bâtissent et renversent en une heure. Elle avait la consécration du temps, qui égalise tout et met chaque chose à sa place. On n'en sait pas plus aujourd'hui qu'on n'en savait hier : la mort n'y a rien changé ; elle n'a fourni qu'une nouvelle occasion d'en parler.

Nous ne donnerons pas non plus des détails biographiques, qui sont partout et qui ont été reproduits dans les discours prononcés sur sa tombe.

Nous voudrions plutôt nous livrer à une appréciation raisonnée des travaux de ce grand maître, compter et peser en même temps les services qu'il a rendus à son art; mais ce serait entreprendre un chapitre de l'histoire de la chirurgie française pendant le 19e siècle, et un pareil chapitre, nous ne nous chargeons pas de l'improviser.

L'histoire privée de ce personnage extraordinaire offrirait sans doute aussi un chapitre de mœurs non moins intéressant qu'instructif. La jeune génération qui se presse aux avenues de la carrière, pourrait y apprendre à quel prix et par quels moyens se fondent les grandes renommées, et s'établissent les grandes existences. Elle se convaincrait que les plus heureux dons du génie, les plus riches acquisitions de la science, ne sont que des instrumens accessoires pour celui qui veut dominer la foule, rester sans égaux et mettre le monde à ses pieds, et qu'il faut à une telle entreprise le terrible mobile de la passion et d'une inflexible volonté. La valeur des sacrifices à faire, comparée à celle du résultat, remplirait peut-être d'une salutaire terreur quelqu'une de ces ambitions fougueuses. Cette biographie aurait donc aussi sa moralité.

Mais ce chapitre de mœurs, nous n'aurons pas non plus la témérité de l'écrire. La terre est trop fraîche encore. La mort d'ailleurs a fait disparaître l'homme et n'a laissé que le savant. C'est de ce dernier seulement que nous devons nous occuper.

Nous bornons donc volontairement notre tâche pour qu'elle ne soit ni trop vaste ni trop périlleuse. Nous croirons l'avoir convenablement remplie en consignant ici l'opinion que nous nous sommes depuis long-temps formée sur le mérite, la portée et l'influence scientifique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Dupuytren n'écrivait pas. On ne connaît de lui que deux ou trois mémoires qui suffiraient à la réputation d'un autre, mais qui ne sauraient tout seuls justifier la sienne. On dit qu'il a laissé des papiers. Nous souhaitons que nos prévisions soient trompées; mais nous ne pensons pas qu'il s'y trouve rien de véritablement important. Dans les sciences, ce sont les écrits qui d'ordinaire marquent les places. Toutes les grandes illustrations médicales et chirurgicales soit antiques, soit modernes, ont été acquises par des livres. En tout temps il a dû y avoir et il y a eu des praticiens habiles, des professeurs éminens, dont la renommée n'a pas survécu à la génération qui avait pu les voir et les entendre. La génération suivante les a oubliés, et leur nom même n'a pas trouvé une place dans l'histoire de l'art qu'ils honorèrent et qu'ils agrandirent. Sans doute Dupuytren ne sera jamais au rang de ces illustres morts inconnus, et ne périra pas tout entier. Son nom est attaché à trop de découvertes et a retenti trop souvent depuis trente années dans les fastes de la chirurgie; mais on peut prévoir qu'il n'arrivera pas à la postérité tel que nous l'avons connu. Ses principaux titres à la juste ad-

miration de ses contemporains ne sont en effet confiés qu'au vague témoignage des souvenirs, à la voix de la tradition, qui se fatigue et s'affaiblit si vite. C'est là un motif de regret que nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer.

Quant à nous, un livre, quelque beau qu'il fût, ne nous apprendrait rien de plus que ce que nous savons.

C'est surtout comme praticien et comme professeur que Dupuytren a mérité d'être distingué parmi les chirurgiens de notre âge. Nul autre ne l'a égalé dans l'application et dans l'enseignement de l'art. C'est à l'Hôtel-Dieu, dans le premier établissement de France, et l'un des plus considérables d'Europe, qu'il a donné pendant vingt ans des preuves incontestables et publiques de cette supériorité. On peut même ajouter que, sous le rapport des services rendus à la science et à l'humanité, la clinique de l'Hôtel-Dieu a offert un exemple unique dans les institutions médicales ; elle a répandu plus d'idées et formé plus de maîtres que les milliers de volumes publiés dans le même intervalle de temps. Jamais les avantages de l'enseignement oral n'avaient été démontrés d'une manière aussi positive.

La chirurgie n'est pour les gens du monde, et même pour quelques chirurgiens, que l'art de faire des opérations. Le génie chirurgical ne gît pas au bout des doigts : les médecins l'ont pourtant cru pendant des siècles, alors qu'ils faisaient exécuter les opérations par des barbiers dont ils dirigeaient la main. Ils dédaignaient d'être chirurgiens de peur de n'être plus médecins. Aujourd'hui le chirurgien et le médecin se sont confondus socialement comme la médecine et la chirurgie scientifiquement. On a compris qu'il fallait autant et plus de science pour reconnaître un calcul, pénétrer dans la vessie, extraire le corps étranger, et guérir le malade, que pour reconnaître et guérir une fièvre tierce ou quarte ; et que l'une de ces guérisons était tout aussi notable que l'autre. Ceci paraît d'une vérité bien simple et le contraire d'une absurdité bien énorme : mais l'esprit humain est fait de telle sorte, qu'il a fallu quelques siècles pour mettre tout le monde d'accord sur ce point.

La chirurgie n'est aujourd'hui qu'une branche de l'art de guérir, c'est-à-dire de la médecine. C'est la nature elle-même qui a créé deux spécialités dans l'art médical, en produisant des maladies externes et internes ; mais dans la pratique les rôles du chirurgien et du médecin se confondent très-souvent, comme les maladies elles-mêmes dans la nature. Les simples *opérateurs*, dans la rigoureuse acception du mot, sont rares maintenant. On ne peut même guère plus donner ce nom qu'à ceux qui se vouent exclusivement à la pratique d'une seule opération ; mais ce ne sont pas là proprement des chirurgiens.

En disant donc que Dupuytren a été le premier chirurgien de notre âge, nous entendons donner à cet éloge toute sa portée. La chirurgie illustrée par tant de grands maîtres, a si fort agrandi son domaine de nos jours, qu'il n'y a pas d'art ni de science qui la surpasse en difficulté. Cette application étant d'ailleurs à plusieurs égards, beaucoup plus certaine et plus positive que celle de la médecine, elle ne laisse pas tant de latitude aux prétentions de l'ignorance et du charlatanisme. L'erreur y est plus palpable, la vérité plus sensible, et les réputations ne peuvent guère s'y établir que sur des preuves pour ainsi dire matérielles.

Dupuytren fut également supérieur dans toutes les parties de cet art difficile. Il avait un coup d'œil d'une précision admirable, une main sûre, un sang-froid à toute épreuve, et ce génie inné qui fait les artistes. On naît un peu médecin et chirurgien, comme on naît peintre et poète. A dix-sept ans Dupuytren était prosecteur de l'école ; son penchant l'entraîna presque en naissant vers cette carrière qu'il a parcourue avec tant de succès.

En médecine, la plus grande difficulté du praticien, c'est le diagnostic. C'est dans le diagnostic que se déploie surtout la force et la rectitude de l'intelligence ; en chirurgie, le diagnostic n'est pas plus facile qu'en médecine. Les maladies ne sont et ne sauraient être *externes* dans la rigueur du mot. Il n'y a de vraiment externe dans le corps humain que la surface cutanée. Les affections dites chirurgicales sont le plus souvent cachées dans la profondeur de quelque cavité, comme l'utérus, la vessie, les fosses nasales, le pharynx. Celles mêmes qui sont visibles aux yeux du corps ont besoin d'être interprétées et expliquées par les yeux de l'esprit. Il n'y a pas d'altération si simple qui n'offre des difficultés pour le diagnostic.

Or, c'est surtout dans le diagnostic qu'a excellé Dupuytren. Quiconque a pu le suivre dans sa pratique à l'Hôtel-Dieu, a dû admirer comme nous la sûreté admirable de son coup d'œil. Il observait avec attention, mais vite ; la promptitude de ses décisions n'étonnait pas moins que leur solidité. Au lit du malade, ses cinq sens étaient en éveil ; son examen, ses questions, ne duraient que quelques minutes. On pouvait se défier raisonnablement de ce regard superficiel, mais il ne tardait pas à prouver combien ce regard avait été profond et complet. Dupuytren n'était pas infaillible, mais il se trompait plus rarement que la plupart des autres. Il tailla, dit-on, un jour un malade qui n'avait pas la pierre. C'est un fait qu'on a cité assez souvent ; mais qui ne prouve rien. Pareille chose est arrivée à Cheselden, à Desault, et en particulier à M. Roux, qui l'avoue avec une franchise qui lui fait honneur.

Dans le diagnostic, nous le répétons, Dupuytren n'a pas eu d'égal. Ses décisions claires, précises, circonstanciées et toujours motivées, le livraient sans défense à l'épreuve des faits, et les faits se tournaient rarement contre lui. Dans les cas les plus douteux et les plus obscurs, sa sagacité aiguisée par la difficulté, découvrait des rapports inattendus qui les entouraient de lumière et de certitude. Cet art du diagnostic si brillant, si précieux par les résultats, à quoi tient-il ? à la plus importante des facultés de l'esprit humain, au jugement, qui à un certain degré, s'appelle le bon sens, et à un degré supérieur, le génie. Le diagnostic est un

résultat de l'induction et de la généralisation; ce n'est pas une affaire de divination, mais de logique; l'instinct médical n'est qu'un calcul rapide.

Dans la pratique de l'art, les bonnes indications dépendent de la sûreté du diagnostic. Dupuytren n'était pas moins habile à traiter les maladies qu'à les reconnaître et caractériser. Sans vouloir juger ici le mérite des procédés qu'il a ou inventés, ou renouvelés, ou perfectionnés, on peut dire qu'il a touché à tous les points de la chirurgie, et que partout où il a mis la main il a laissé des traces de son sens droit et profond et de son esprit éminemment pratique.

Comme opérateur, il réunissait plusieurs qualités précieuses et indispensables; le sang-froid, la présence d'esprit et une adresse naturelle suffisante. Il exécutait les opérations ordinaires de la chirurgie avec habileté; mais c'est là un éloge que méritent aussi bien un grand nombre de chirurgiens opérant dans les grandes villes. Il faut moins d'adresse qu'on ne le pense communément pour amputer un bras ou une jambe suivant les règles. Sous le rapport de la dextérité manuelle, Dupuytren ne manquait pas de rivaux, et quelques praticiens de nos jours le surpassaient à cet égard. M. Roux, par exemple, est bien plus adroit, matériellement parlant; il montre plus de prestesse, de vivacité et d'aisance; ce qui ne veut pas dire qu'il opère mieux. Dupuytren avait un genre d'adresse moins brillant, mais plus difficile à acquérir; il consistait à atteindre le but, non par la voie la plus courte, mais par la plus sûre. Un de ses grands mérites à nos yeux, c'est d'avoir en général subordonné dans sa pratique l'intérêt de sa réputation à celui du malade, et de n'avoir jamais mis l'imprudence de moitié dans ses succès. Le hasard est un des dieux de la médecine; et comme il fait de temps en temps des miracles, il ne manque pas de sectateurs. Dupuytren ne s'est jamais livré à cette aveugle providence. Soit moralité supérieure, comme on aimerait à le croire, soit calcul plus profond et mieux entendu, soit plutôt, à notre avis, par suite de son esprit naturellement positif, rigoureux, pratique, ennemi des illusions et ami de la réalité, la prudence et la circonspection la plus soutenue ne l'abandonnaient jamais. En chirurgie, il y a quelquefois plus de génie à s'abstenir qu'à agir. Dupuytren s'abstenait souvent. Il voulait moins briller que réussir; il n'opérait pas pour opérer, mais pour guérir, et ne prenait pas le moyen pour le but. C'est là un des grands exemples qu'il a laissés à ses élèves; c'est par là surtout qu'il a honoré son art et l'a rendu digne du respect des hommes.

Cette prudence n'excluait pas la hardiesse. La hardiesse, chez les praticiens vulgaires, consiste à risquer beaucoup pour un résultat incertain. C'est une affaire de quitte ou double. Ces déterminations hardies ne sont le plus souvent que des actes d'impuissance et d'ignorance, et quelquefois de mauvaises actions. Un grand chirurgien n'a pas de ces sortes de hardiesses; ses déterminations les plus hasardées en apparence sont fondées sur des motifs raisonnables, et la hardiesse ne consiste dans ces cas très-fréquens qu'à braver les conséquences d'un insuccès et à en prendre la responsabilité en pleine connaissance de cause.

Le *melius anceps quam nullum remedium*, est une maxime dont il est facile d'abuser. Équivoque en théorie et aussi en morale, elle autorise depuis des siècles toutes les fantaisies de l'esprit d'innovation; c'est la devise de tous les charlatans, et laisser passer de tous les poisons. En chirurgie elle a produit dans ces derniers temps quelques monstruosités. A l'Hôtel-Dieu, sans s'expliquer sur la valeur de la maxime, Dupuytren prouvait par sa pratique, qu'elle lui était suspecte, et l'humanité non moins que la vraie science doivent s'en féliciter.

C'est surtout dans les cas imprévus que brillait de tout son éclat la fertilité des ressources de son talent. Doué de ce sang-froid que donnent l'organisation et l'habitude, et surtout de celui que donne la science, les complications les plus alarmantes, les accidens les plus inattendus survenus pendant une manœuvre, ne le déconcertaient point. C'est alors qu'on le voyait lutter avec les obstacles, saisir avec une sagacité supérieure les indications nouvelles, improviser les moyens de les remplir, changer dans un instant tout un système de conduite, et terminer l'opération sur un nouveau plan. L'opération terminée, on était étonné de l'entendre discuter longuement sur le fait avec une méthode et une suite parfaites. Il exposait les motifs de ce qu'il avait fait avec la même précision que s'il les eût médités d'avance; il indiquait les moyens qu'il y avait à employer, en pesait les avantages et les inconvéniens, et justifiait sa conduite par des exemples pratiques sans nombre et une logique irréprochable. Ayant été souvent témoin de faits de ce genre, nous avouons que jamais l'art de guérir ne nous a paru plus grand ni plus digne d'admiration que dans ces occasions.

La réussite d'une opération dépend en grande partie du traitement ultérieur. Les chirurgiens suivent en général avec un peu trop d'abandon le principe : « Je t'ai opéré, que Dieu te guérisse. » C'est ici que doit intervenir ce qu'on nous permettra d'appeler la médecine chirurgicale. Dupuytren était sous ce rapport moins reprochable que la plupart des chirurgiens. Il n'était pas autant sous le joug des idées mécaniques dont ils sont trop préoccupés, et montrait en toute occasion une sollicitude des plus louables.

Dans l'enseignement nous retrouvons le même homme. Quand Dupuytren vint s'asseoir dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, il assuma une grande responsabilité; il remplaçait un professeur dont l'éloquence avait fait la principale gloire. Les élèves n'étaient pas disposés à l'indulgence envers ce nouveau-venu, qui semblait arrivé là par une porte insolite. Avant Pelletan, cette chaire avait été occupée par l'illustre Desault. Dupuytren ne resta pas au-dessous de cette lourde tâche, il fit taire les voix ennemies, et la clinique de l'Hôtel-Dieu ne tarda pas à effacer toutes les autres.

L'enseignement clinique a été porté par Dupuytren à un degré voisin de la perfection. C'est un art difficile, à voir le peu de gens qui y réussissent. Tout homme qui joint à une instruction solide quelque goût littéraire et

l'habitude de la conversation peut faire un cours passable ; car un cours se fait à peu près comme un livre. C'est l'auteur qui distribue son plan, choisit sa matière et prend son temps pour tout cela. Une clinique est une chose bien autrement difficile ; c'est une improvisation continuelle ; la matière des leçons n'est pas réglée d'avance par le professeur, mais par le hasard, qui envoie aujourd'hui une fracture, demain une hernie, et dix autres cas différens et souvent nouveaux. Arrivé devant les malades avec les élèves, il faut qu'il s'explique, qu'il porte un diagnostic, qu'il prescrive un traitement et qu'il motive ses décisions. Toujours en éveil, toujours surveillé, toujours accompagné d'une foule dont chaque regard est une question, il lui faut satisfaire à tout, répondre à tout. Il s'agit ici moins de la *science* que de l'*art*, moins des *maladies* que des *malades ;* d'où il suit que pour faire une bonne clinique le talent pratique passe avant tout autre.

Praticien du premier ordre, Dupuytren possédait la plus importante qualité d'un professeur de clinique. Il y joignait une manière sûre et abondante où il puisait sans cesse et sans jamais la tarir des exemples choisis et des points de comparaison. Sans être orateur, ce qui n'était nullement nécessaire, il parlait avec cette facilité et cette assurance que donne la parfaite connaissance du sujet. Sa diction n'était pas dépourvue d'élégance ; on y remarquait même quelquefois une certaine élaboration littéraire et de bon goût assez rare dans les hôpitaux. La forme était donc très-satisfaisante ; mais l'immense succès de ses leçons était fondé comme celui de sa pratique, sur leur excellence propre. Dupuytren aimait sa profession ; l'Hôtel-Dieu était tout pour lui : toutes ses facultés étaient concentrées sur cette clinique où il avait commencé sa glorieuse carrière ; c'est là qu'il régnait sur un peuple d'élèves, entouré d'une cour composée de maîtres : la mort seule a pu l'en séparer. Exact dans ses devoirs de professeur il a donné l'exemple d'une assiduité et d'une constance sans exemple. S'il y a acquis cette domination et cette suprématie qui était, dit-on, l'objet de son ambition, l'humanité n'y a pas perdu, et c'est un grand bonheur lorsque des ambitions si vastes sont obligées de recourir à de pareils moyens. Pendant vingt ans le peuple de Paris a été soigné gratuitement par le plus habile homme du pays, tandis que l'opulence n'y pouvait prétendre qu'au plus haut prix. Dupuytren a acquis plusieurs millions, sans manquer un seul jour à ses devoirs publics. Il y a là quelque chose de grand et d'extraordinaire. Il faut choisir, pour l'expliquer, entre une grande passion et une grande vertu. C'est là un des mystères de la vie de cet homme, qui en était pleine. Mais dans tous les cas, dans ce personnage singulier, le caractère n'a pas été au-dessous de l'intelligence.

Fidèle à ses précédens et au plan de toute sa vie, Dupuytren a laissé une somme considérable à des établissemens scientifiques. L'anatomie pathologique avait été l'objet de ses premières études, elle a eu son dernier regard. Il a rejoint ainsi les deux bouts de sa carrière, qui a commencé et fini par la science.

Peu d'hommes ont été si diversement jugés de leur vivant, mais peu sans doute ont été si mal connus. Ce qu'il a fait, nul ne l'ignore ; ce qu'il fut, nul ne le sait peut-être. Il n'a jamais paru devant ses contemporains qu'enveloppé d'un nuage mystérieux ; il n'a jamais parlé aux hommes qu'à distance ; très-peu l'ont pu approcher d'assez près pour le reconnaître, et quelques uns ont été mal payés de leur curiosité. Cet isolement systématique ou naturel a pu ajouter quelque chose de prestigieux à sa renommée. Les idoles les plus révérées du peuple ne sont pas celles qu'il touche de ses mains, mais celles qu'il ne voit que par un coin dans le fond du sanctuaire.

N° 8. — 21 FÉVRIER.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE.

—

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'APPARITION DES FLUIDES GAZEUX DANS LE CORPS DE L'HOMME MALADE, par M. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

Tous les médecins s'accordent à reconnaître qu'un des phénomènes les plus généraux de l'économie animale, dans l'état morbide, est le mouvement fluxionnaire. Cette observation, faite de tout temps, se trouve consacrée dans cette sentence d'Hippocrate : *Ubi stimulus, ibi fluxus.* Or, comment se fait-il que, lors de la réapparition dans le champ médical de la théorie du vitalisme, malgré les rapides progrès ultérieurs de cette théorie, malgré les idées de Bordeu, de Barthez, de Bichat, etc., on se soit toujours laissé dominer, quand il s'agissait des gaz que présente le corps de l'homme malade, par des considérations presque entièrement chimiques, et qu'on n'ait jamais pensé à rattacher ce phénomène au même mouvement fluxionnaire auquel on attribuait tant de produits différens ? Cependant les phénomènes gazeux qu'on avait attentivement observés dans l'état normal du corps de l'homme et de quelques animaux devaient mettre sur la voie de la vérité. Il est vrai que, dans ces derniers temps, on commençait à émettre vaguement sur ce sujet les idées d'exhalation, de sécrétion, d'irritation ; mais il y avait loin de ces idées à une opinion arrêtée, démontrée. Ce qui a pu induire long-temps en erreur, c'est que l'on a sans cesse confondu dans les voies gastriques les gaz, résultat certain, incontestable de la digestion quelquefois normale, mais surtout plus ou moins irrégulière, avec tous les gaz qui apparaissent plus ou moins abondamment dans d'autres circonstances où il ne peut être nullement question de digestion. Aussi ces gaz étaient-ils généralement regardés comme le résultat de la décomposition des matières, quoique déjà des observations très-remarquables de Sydenham, qui avaient fixé un instant l'attention de ce grand praticien, montrassent l'exemple frappant d'évacuations purement gazeuses au lieu de selles liquides, à la suite de l'introduction d'un laxatif

ou d'un purgatif. Dans ces dernières années encore, lors de l'invasion du choléra en France, avant la publication de mes lettres sur le gaz, on a dit et écrit que les gaz qui se présentaient dans les voies gastriques, aux diverses phases de cette terrible maladie, étaient dus à la décomposition de quelques matières contenues dans le canal intestinal ; mais je répète encore ici ce que j'ai publié : les gaz, dans ces circonstances, ne sont que le résultat de la fluxion qui, au lieu d'être liquide, est simplement gazeuse. Beaucoup de personnes, à Paris comme ailleurs, non sujettes auparavant aux gaz ou vents, n'ont eu qu'une sorte de cholérine gazeuse, au lieu d'une cholérine diarrhéïque. Beaucoup de personnes qui viennent à Paris pour la première fois, et qui boivent de l'eau d'Arcueil ou d'autres eaux chargées de sulfate de chaux, etc., éprouvent des coliques et d'abondantes éruptions gazeuses en place de la diarrhée, et quelquefois en même temps avec la diarrhée. Tout cela arrive en vertu du même principe, le mouvement fluxionnaire. C'est un fait que l'on peut vérifier tous les jours : mais tout cela a été par moi suffisamment démontré : il s'agit ici d'attirer les regards sur d'autres faces de la même vérité.

L'idée de la décomposition des matières, comme cause de la formation des gaz, avait été aussi appliquée à tous les fluides de cette espèce qui se montrent dans les divers tissus du corps de l'homme malade. C'est encore là une erreur qu'il m'a fallu combattre. Lorsqu'à la suite d'un mouvement fluxionnaire morbide il se dépose dans quelque lieu de l'économie animale des matières liquides, demi-liquides, solides, qu'il y a plus ou moins dégénérescence, gangrène, etc., jamais, si ces matières sont tout-à-fait à l'abri du contact de l'air, il n'y a formation de gaz par le fait de leur fermentation, de leur décomposition putride. Ainsi, ne voyons-nous pas des épanchemens dans les diverses cavités, de vastes abcès, des amas de différens liquides avoir lieu, pendant un temps plus ou moins long, sans présenter le moindre gaz, soit durant leur séjour dans le corps, soit à l'ouverture des parois du sac qui les renferme ? Ne voyons-nous pas de larges, de très-anciennes tumeurs avec confusion de tous les tissus, mélange de tous les liquides, dégénérescence dans quelques points, gangrène même dans quelques autres, avec des substances réduites à une sorte de putrilage, etc. ; ne voyons-nous pas, dis-je, ces tumeurs, après leur extirpation, n'offrir à leur examen aucune parcelle de fluide gazeux ? Ne connaissons-nous pas des exemples, lors des grossesses extra-utérines, de fœtus restés un grand nombre d'années dans l'abdomen réduits à un petit volume par l'absorption, ou à une matière putrilagineuse, ou sortant partiellement par diverses ouvertures et à différentes époques, et cela sans le développement d'aucun gaz, soit à l'ouverture des corps qui les renferment, soit à leur issue de ces corps ? Il est clair que si cette décomposition putride, cette fermentation avec formation de gaz était possible au milieu des matières amassées dans un tissu quelconque, sans contact de l'air (dans la cavité même de la matrice, cette décomposition avec gaz peut avoir lieu à cause du contact de l'air) ; ce phénomène aurait lieu dans tous les cas, ou du moins dans la grande généralité des cas ; car il ne dépendrait entièrement que de circonstances physico-chimiques qui doivent bientôt se trouver les mêmes dans tous ces cas. Mais cela ne s'observe pas, et, dans les vues sages de la nature, cela ne pouvait être autrement. N'est-il pas évident en effet, que des gaz, développés toujours abondamment de cette manière, auraient bientôt causé les plus grands désordres et arrêté tous les mouvemens de la vie, soit par leur présence dans le lieu même de leur première apparition, soit, par leur trop grande absorption, dans le système circulatoire, où, comme je l'ai déjà démontré et comme je le démontrerai mieux plus tard, leurs effets sont souvent funestes et même mortels. La vérité est que les gaz qui paraissent dans ces cas, sont directement le résultat du même mouvement fluxionnaire qui a produit tous les autres phénomènes morbides ; et alors, leur absorption pouvant se faire successivement et graduellement, en proportion de leur exhalation, comme cela a lieu pour d'autres substances, les effets fâcheux que je viens de signaler sont beaucoup moins à craindre. C'est lorsque l'absorption n'est pas en rapport avec cette exhalation, que nous voyons paraître des fluides gazeux dans le péritoine, la plèvre, le tissu cellulaire, avec les abcès, etc. : des faits, pour démontrer la vérité de ces principes, se présentent et se présenteront très fréquemment aux médecins qui voudront bien fixer leur attention sur ce point intéressant de pathologie. Il y a peu de temps que de semblables faits se sont présentés à l'observation de M. Lisfranc, dans cet hôpital où il donne à un auditoire toujours très-nombreux de si bonnes leçons de clinique chirurgicale et de si beaux exemples d'habileté dans l'art des opérations. Dans les abcès par congestion, au traitement desquels il applique des considérations médicales qui l'ont conduit à de remarquables succès, il a déjà observé plusieurs fois que l'apparition, le développement des gaz plus ou moins fétides, qui avait fréquemment lieu dans l'intérieur du foyer purulent, diminuait ou augmentait ou restait stationnaire, ou que ces gaz disparaissaient enfin, selon qu'il employait plus ou moins activement le traitement antiphlogistique dirigé contre l'état fluxionnaire des parois du foyer ; de manière qu'il était très-aisé, dans ces cas, de saisir le rapport qui existait entre le mouvement fluxionnaire des parois et le développement des gaz de la cavité de l'abcès (1).

Le développement des gaz, dans le corps de l'homme malade, est un fait qu'on ne peut méconnaître, relativement auquel il ne faut pas se contenter d'idées vagues

(1) Les observations où des tumeurs, suite de chutes, de coups, de contusions, etc., n'ont offert que des gaz qui ont souvent induit le chirurgien en erreur, observations dont j'ai cité déjà et dont je citerai plus tard encore de frappans exemples, s'expliquent absolument par les mêmes principes.

plus ou moins chimiques, dont il faut rechercher et déterminer, autant qu'il est possible, la cause et l'origine, dont il faut, en un mot, assigner la place dans le cadre nosologique; car enfin, un fait pathologique aussi fréquent, aussi général que celui-là, vaut certainement bien la peine d'être sérieusement et attentivement étudié. Qu'est-ce qu'un gaz? Quelle différence y a-t-il entre un gaz, un liquide, un solide? Aucune, si ce n'est un rapprochement plus ou moins grand des molécules. La nature produit les gaz à l'intérieur ou à la surface des tissus par des procédés analogues à ceux qu'elle emploie pour produire les liquides. C'est toujours hors des cas de digestion, etc., que j'ai signalés dans mes lettres, c'est toujours, dis-je, le résultat d'un mouvement fluxionnaire qui constitue le phénomène ou un des phénomènes morbides les plus généraux de l'économie animale.

Voilà les idées que j'ai déjà présentées, mais que je développerai plus complétement encore dans un troisième mémoire où les gaz seront considérés dans le tissu cellulaire et les cavités des séreuses, mémoire dont je suis forcé de retarder de quelques mois la publication. J'ai désiré seulement par ces réflexions, appeler de nouveau l'attention sur ce sujet intéressant, où les faits, pour en parcourir toute l'étendue, ne manqueront certainement pas à ceux qui voudront s'en occuper, et où j'ose assurer que les observations recueillies par mes confrères s'accorderont avec ce qui me reste à dire, pour poursuivre l'histoire de l'apparition et des effets des fluides gazeux dans toutes les parties du corps de l'homme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE.

Nous avons devant nous le troisième et le quatrième cahier du vingt-unième volume et le premier du vingt-deuxième.

Mort par suite de jeune, par M. le professeur De Walther.

Le professeur de Munich rapporte plusieurs lettres dans lesquelles est consignée l'histoire d'un homme de 29 ans qui, après avoir reçu pendant quelque temps ses soins pour une amaurose, s'était ensuite abandonné à un individu qui lui avait promis de le guérir par le jeûne. M. W. B... de D... n'avait pris pendant quarante-sept jours aucun aliment solide, et pendant quatre semaines rien que de l'eau pure, si ce n'est quatre tasses de thé sucré, qu'il but le jour de l'an. Son corps, pesant avant ce prétendu traitement 130 livres, était tombé à 97. Il était arrivé ainsi au plus haut degré d'émaciation, et mourut d'une apoplexie nerveuse sans être guéri de son amaurose.

Autopsie. Manque total de sang; sécrétions séreuse et bilieuse à l'état normal; 8 à 10 onces de sérosité dans le péricarde; poumons parsemés d'une grande quantité de tubercules, dont quelques-uns à l'état de ramollissement et d'ulcération; point d'inflammation dans les intestins, qui paraissent être rétrécis dans toute leur étendue, mais surtout au colon transverse. Tous les organes de la poitrine et du bas-ventre atrophiés. Le cerveau et la moelle épinière ne furent pas ouverts.

Sur les diverses tumeurs du larynx, par M. le professeur Albers de Bonn.

Ces maladies si rares et en même temps si remarquables par leur symptomatologie ont déjà donné lieu à un traité ex-professo du même auteur, publié en 1829; depuis M. Albers a continué le cours de ses observations et en a communiqué le résultat à un de ses élèves, M. le docteur Urner, qui en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale, présentée à Bonn en 1833. Cet article est un résumé des faits insérés dans le travail de M. Urner ainsi que d'autres faits inédits.

1° *Hydatides.* La plupart des cas d'hydatides dans le larynx admis par les anciens et nommément par Ploucquet et Lentin, ne peuvent être considérés comme tels; puisque, d'après la description qu'ils en ont donnée, il ne peut être question que de l'œdème du larynx. Des véritables hydatides ont été observées ou citées par Aubertin (Essai sur l'ulcération du larynx. Journal de médecine, v. XXII); Otto (Handbuch der pathologischen Anatomie, Breslau, 1814); Delormes (Journal général de la société de médecine, juin, 1808); Harless (Neues Journal der auslændischen medicinischen chirurgischen Literatur, vol. IX, cahier 2.)

2° *Tumeurs enkystées.* Il n'en existe qu'un exemple qui se trouve rapporté dans la Monographie de M. Albers; ce fait est très-curieux et prouve quel secours on a à attendre en pareil cas de la laryngo-trachéotomie.

3° *Polypes.* Les observations de ce genre sont assez fréquentes. Aux faits publiés par Zwinger, Morgagni, Lieutaud, Herbiniaux, Desault, Voigtel, Wendt, Otto et Prinz (voyez Wœchentliche Beitræge der medicinischen und chirurgischen Klinik, par les docteurs Clarus et Just. Radius, IV, t. 19, 2), M. Urner ajoute l'observation suivante recueillie par M. Albers.

Obs. — Joseph. T..., menuisier, âgé de 54 ans, de Bonn, était affecté dans son enfance d'un engorgement des glandes du cou qui se dissipa et d'une toux sèche qui ne le quitta jamais. Il y a 11 ans, à la suite d'une chute, il eut une inflammation de la poitrine suivie d'une hépatite. Au moyen de la méthode antiphlogistique, tous les symptômes disparurent, à l'exception d'une toux sèche qui persista, et il s'y joignit, il y a cinq ans, de la douleur, des crachats sanguinolens, des vertiges, de la céphalalgie frontale, une faiblesse générale; mais ce

dont le malade se plaignit le plus, c'étaient des douleurs sous la clavicule gauche. (Saignées et eau de Seltz avec du lait.)

Après quelques semaines, le malade put reprendre ses occupations. Six mois après, il fut pris tout à coup d'une syncope suivie d'une violente hémoptysie; dans l'espace de trois jours, il perdit à peu près 7 livres de sang. (Saignées; sel commun.)

L'hémoptysie cessa; mais les symptômes suivans se déclarèrent: Toux plus forte; expectoration jaune, abondante et purulente; agitation; perte des forces, puis douleur dans le cou et voix rauque. Trois mois après, il se présenta à la clinique de Bonn (trois ans avant sa mort) dans l'état suivant:

Habitus hémoptysique; cou très-long; saillie du larynx très-prononcée; couleur de la face terreuse, aphonie; douleur par la pression du larynx, ainsi qu'en parlant; configuration extérieure du cou normale; toux très-fréquente avec un son creux; crachats sanguinolens, jaunâtres et fétides; bruit de la respiration nul sous la clavicule gauche; l'auscultation fait entendre, quand le malade parle, un son criard, et on aperçoit quelquefois au même endroit un râle caverneux; la percussion est plus mate que du côté opposé; bruit respiration distinct dans le reste de la cavité; respiration très-courte et difficile; urine copieuse et claire; quelquefois douleurs dans le bas-ventre qui se dissipent à la suite des selles; appétit presque nul; goût pour des alimens aigrelets; pouls fréquent; pieds œdémateux et douloureux; peau brûlante; sommeil assez bon; maigreur générale; cautère au bras.

On pronostiqua « une vomique du lobe supérieur du » poumon gauche, une inflammation avec exsudation de » la glotte et du larynx, et une inflammation de la mu- » queuse intestinale. » Au moyen des ventouses, des cataplasmes sur le bas-ventre, des boissons mucilagineuses, d'une infusion de digitale, de l'acide hydrocyanique, les symptômes les plus alarmans se dissipèrent; on plaça alors un séton à la base du larynx.

Au mois de juillet 1830, tous les symptômes éclatèrent de nouveau, à l'exception de la douleur du côté du larynx. Encore cette fois on obtint une diminution des symptômes qui dura pendant neuf mois. Dans l'intervalle, le malade laissa le séton et le cautère se ferma. Au mois de juillet 1831, toux très-fréquente; respiration difficile; menace de suffocation avec la sensation d'un bouchon dans la trachée-artère; douleur nulle du côté du larynx; sueurs nocturnes. Au moyen d'un vésicatoire sur la poitrine et de l'acide hydrocyanique, la difficulté de la respiration devint moindre et disparut à la fin d'octobre après une hémoptysie. L'acétate de plomb et une infusion de semences de ciguë aquatique, déjà employés précédemment, restèrent de nouveau sans effet. (Cautère sur la poitrine.)

Au mois de février 1832, ces symptômes revinrent avec une grande intensité, et il s'y joignit de la difficulté dans la déglutition, et une douleur près de la corne gauche de l'os hyoïde. La pectoriloquie, quoique peu distincte, fut entendue jusqu'à la région mammaire; expectoration extrêmement copieuse, facile et purulente. Ces symptômes augmentèrent et diminuèrent encore à plusieurs reprises jusqu'à sa mort, qui arriva au mois de mars.

AUTOPSIE.

Rien d'anormal dans la cavité crânienne.

Cou. Muqueuse laryngo-pharyngienne d'un aspect grisâtre, parsemée, principalement à la proximité de la glotte, d'une grande quantité de petites glandes lymphatiques, tuméfiées, rondes et blanchâtres. Larynx très-gros; en l'entrouvrant, on apercevait entre les deux ligamens inférieurs de la glotte une petite tumeur ronde, charnue, de la grosseur d'une noix, dure au toucher et adhérente par une racine à chaque corde vocale. Immédiatement derrière ce corps, entre les ventricules de Morgagni, qui étaient plus écartés que de coutume, se trouvait un enfoncement qui pouvait recevoir en partie la petite tumeur, de manière qu'en l'y enfonçant un peu, elle n'obstruait la glotte qu'à moitié. Ventricule droit presque entièrement effacé; le gauche rétréci, mais encore visible; ligamens inférieurs de la glotte surtout distendus. La muqueuse environnant la tumeur, et dans le voisinage de la glotte, en partie tuméfiée et épaissie, en partie recouverte de petits ulcères, présentait ainsi un aspect comme rongé; normale à la partie inférieure du larynx et dans la trachée-artère. Cartilage thyroïde carié en partie à l'endroit où existait l'excavation, derrière la tumeur. Glande thyroïde plus grande, et ses lobes plus développés que de coutume. Pharynx et nerfs du cou à l'état normal.

Poumons. Vomique au lobe supérieur du poumon gauche; quelques granulations tuberculeuses dans le poumon droit. Viscères abdominaux sains, à l'exception des reins, dont le droit présentait dans sa substance corticale une hydatide de la grosseur d'un petit œuf; à la surface de ces organes se remarquaient trois tumeurs dures, en partie enfoncées dans le parenchyme, et qui ressemblaient intérieurement à des glandes scrophuleuses.

4° *Tumeur spongieuse* de caractère indéterminé, observée chez une femme de 40 ans, très-adonnée à la boisson et aux plaisirs vénériens. La maladie dura trois ans et fut caractérisée par une dyspnée qui alla toujours en augmentant et finit par occasioner une mort par suffocation. (Archives générales, août 1824.)

5° *Sarcôme médullaire.* L'observation suivante, rédigée par le docteur Tortual, a d'abord été insérée dans un rapport sur l'état de l'institut anatomique de Munster, pendant l'année 1830, page 82, publié par le professeur Wutzer.

Obs. — L..., ecclésiastique, âgé de 60 ans, se plaignit, le 24 novembre 1826, d'une gêne au cou qui tendait à faire soupçonner une dégénérescence du larynx; en même temps, il existait de l'enrouement et une toux qui le fatiguaient surtout en parlant. Les boissons spiritueuses, que le malade aimait, lui procuraient la sensation d'un corps brûlant juste à la région du la-

rynx; respiration assez facile; fièvre vers le soir; amaigrissement. (Extrait de jusquiame avec soufre doré d'antimoine et vésicatoire au cou.)

Le malade n'observa pas la diète prescrite. Au mois de janvier 1827, M. le docteur Tortual trouva le malade dans l'état suivant : Enrouement qui, huit jours avant la mort, dégénéra en aphonie; sensation pongitive dans la région de la grande corne de l'os hyoïde, qui était tuméfiée; en avalant, le malade disait sentir comme un os pointu qui restait fixé à cet endroit. Cette sensation devenait quelquefois insupportable; mais elle diminuait lorsqu'en toussant le malade pouvait rendre quelques parcelles purulentes. Quatorze jours avant la mort, la toux devint convulsive, semblable à la coqueluche, et à peine durait-elle une minute qu'elle semblait produire la suffocation; elle était ordinairement sèche et augmentait surtout la nuit lors du décubitus dorsal. Cette sensation pongitive devenait surtout très-marquée par la déglutition de substances solides, et provoquait la toux; aussi le malade ne prenait-il que des substances liquides dans les derniers jours de sa vie. Il paraissait aussi exister un obstacle mécanique, parce que la déglutition se faisait avec la plus grande difficulté. Le malade mourut suffoqué dans un fort accès de toux.

AUTOPSIE.

Un sarcôme médullaire de la grandeur d'une noisette se trouve dans l'intérieur du larynx, entre la grande corne de l'os hyoïde du côté gauche et l'épiglotte, au-dessous du ligament hyo-épiglottique. Une ouverture conduisait du ligament ary-épiglottique dans la tumeur, dont une partie était remplie de pus. La tumeur était formée d'une masse semblable à la matière encéphaloïde. L'épiglotte était poussée de côté; le cartilage thyroïde dévié; la muqueuse du larynx ulcérée et recouverte de beaucoup de pus ichoreux. La corde vocale et une partie du ventricule de Morgagni de ce côté étaient également ulcérés et comme dénudés

Un fait semblable a été publié par le professeur Albers, dans le 16e volume du présent journal.

6° *Glande lymphatique tuméfiée dans le larynx.* Observation communiquée au docteur Urner par le professeur Wutzer de Bonn.

Obs. — W..., âgé de 66 ans, de Poesfeld, accusait, depuis le 9 août 1825, un sentiment de gêne qui existait depuis quelque temps dans la déglutition, et qui avait son siége dans la région du larynx; les substances solides lui occasionaient des douleurs et ne pouvaient être avalées qu'après avoir été soumises à une mastication très-prolongée. Le malade était devenu maigre. L'exploration de la bouche et du gosier ne fit rien découvrir d'anormal. A l'extérieur, on apercevait au côté gauche du cou, de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à la clavicule, une rangée de glandes lymphatiques engorgées; elles étaient assez grosses pour pouvoir comprimer l'œsophage et gêner la déglutition. L'eau-de-vie à laquelle le malade était adonné, pouvait bien en être la cause; il n'y avait nulle trace de goutte, de syphilis ni de scrophules. (Ext. de ciguë avec soufre doré d'antimoine; décoction de salsepareille à l'intérieur; emplâtre de ciguë au cou.) Ces moyens furent continués jusqu'à la fin de septembre; l'état sanitaire du malade en fut amélioré. Il pouvait avaler des alimens bien mâchés, quoiqu'ils lui procurassent encore une sensation désagréable dans la région du larynx.

Le 26 octobre, le malade fut atteint d'une fièvre inflammatoire qui l'emporta au bout de cinq jours.

AUTOPSIE.

Viscères abdominaux à l'état normal. Poumons adhérens à plusieurs endroits de la plèvre costale, gorgés d'un sang noir foncé; tissu normal. Dans les valvules semi-lunaires de l'ouverture aortique et dans l'aorte on trouva quelques plaques ossifiées de différentes grandeurs. Au côté gauche du cou, on trouva des glandes lymphatiques tuméfiées et changées en sacs remplis d'un pus visqueux et jaunâtre. La plus grande était couchée sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien et adhérente, au moyen d'un tissu cellulaire épaissi, aux carotides et à la veine jugulaire interne. Les glandes ramollies s'étendaient si loin dans le médiastin que les dernières se trouvaient derrière la seconde et la troisième côte. Un examen attentif fit voir qu'aucune de ces glandes n'était en rapport avec l'œsophage, et par conséquent ne pouvait pas le comprimer; mais à l'inspection du pharynx, on découvrit bientôt la cause de la dysphagie. Une glande lymphatique ramollie, de la grandeur d'une noisette, était si adhérente, au moyen du tissu cellulaire épaissi, au ligament ary-épiglottique droit, qu'elle entrait dans la cavité interne du larynx et du pharynx; de sorte qu'elle devait gêner la déglutition des substances solides, qui étaient obligées de passer par-dessus la tumeur. Ce qui est bien remarquable, c'est que le malade avait conservé une voix claire et ne présentait que la petite toux propre aux ivrognes.

7° *Squirrhe et tumeur carcinomateuse.* On n'a point encore d'observation qui prouve le développement primitif d'un squirrhe dans le larynx; la plupart de ces tumeurs trouvées dans cet organe s'y sont pour ainsi dire propagées du pharynx et de l'œsophage. Le plus grand nombre d'observations rapportées par les anciens sont annoncées comme des cas douteux par leurs auteurs mêmes; ici se rangent celle de Smyth (Med. communic., vol. I, n° 31), de Morgagni (De sed. et caus. morb., epist. XL, IV, cap. 3), qui sont évidemment des polypes laryngés; mais une autre de ce dernier auteur (epist. XXVIII, cap. 9) concerne réellement un squirrhe du pharynx qui avait gagné la cavité laryngienne; Lientaud (Hist. anat. méd., pag. 304) donne ce dernier fait comme venant de Valsalva. Otto cite une observation de Rudolphi (Historia entozoorum, vol. I, p. 454), relative à un squirrhe du larynx sur la nature duquel ce dernier a même des doutes. En effet, la

disposition anatomique de cet organe prédispose peu au développement de ce genre d'affection.

8° *Tumeur cartilagineuse.* L'histoire de cette affection extrêmement remarquable, développée à l'extérieur du cou en même temps que dans l'intérieur du larynx, a été décrite par Macilwain. (Edinburgh medical and surgical journal, vol. 35, page 215, 1831.)

Obs. — Une femme entre 50 et 60 ans souffrait de symptômes qui ne pouvaient être rapportés qu'à une maladie du larynx. Respiration difficile; menaces de suffocation; glande thyroïde tuméfiée; une tumeur était visible au côté du muscle sterno-cléido mastoïdien droit. Après que tous les médicamens internes eurent été employés inutilement, M. le docteur Macilwain, avec les docteurs Hoully et Kingdon, entreprit la trachéotomie. Après l'incision du cou, on trouva des branches d'une grosse artère dont le trajet était tel, qu'il restait à peine un pouce d'espace pour faire l'opération; on l'abandonna à cause de la difficulté de l'exécution dans un espace aussi restreint, et parce que l'artère serait restée après l'opération aux bords de la surface suppurante. La malade mourut dans un accès de suffocation.

L'autopsie fit découvrir dans le larynx un produit nouveau formé d'un tissu dur et presque cartilagineux qui fermait tellement la glotte, qu'il est bien remarquable que la respiration ait pu s'exécuter à travers un espace aussi rétréci. Après l'extraction de cette tumeur, on trouva une petite cavité qui était en communication avec la seconde tumeur placée en dehors du larynx, et qui se trouvait jointe au lobe gauche de la glande thyroïde. L'artère qu'on avait rencontrée lors de l'opération était l'artère innominée.

Ce fait est une preuve bien convaincante que dans certains cas de maladies du larynx, la laryngotomie ne peut être remplacée par aucun autre moyen; si on l'avait faite à la place de la trachéotomie, elle aurait certainement été suivie de succès. M. Albers attire notre attention sur une circonstance qui, étant souvent un obstacle dans la trachéotomie, arrête moins dans la laryngotomie; il veut parler de la tuméfaction de la glande thyroïde qui accompagne ordinairement les maladies chroniques du larynx; plus ces maladies sont longues, plus ce gonflement est considérable.

9° *Tumeurs verrucoïdes.* Fait rapporté par un médecin belge au professeur Wutzer, qui l'a communiqué au docteur Urner.

Obs. — Un architecte de Liége, âgé de 40 ans, d'une constitution robuste, fut affecté d'une difficulté dans la respiration qui fit soupçonner une maladie du larynx. Tous les moyens internes et externes furent employés sans succès. M. le docteur Brauers, assisté par M. Baud, professeur de chirurgie à Louvain, et par le docteur Boersbrok, entreprit la laryngotomie. Le cartilage thyroïde fut incisé dans sa partie antérieure de haut en bas; les bords écartés, on découvrit des tumeurs verrucoïdes qui remplissaient la cavité du larynx; on les cautérisa avec du nitrate de mercure. Après quelques jours, la tumeur avait tellement augmenté, qu'elle rendit difficile la respiration. La blessure, presque fermée, fut élargie en emportant un morceau du cartilage thyroïde. La tumeur paraissait s'accroître à l'endroit où on l'avait touchée, et d'autant plus vite qu'on la cautérisait plus souvent. Enfin on employa le fer rouge, qui ne produisit qu'une légère inflammation dans l'intérieur du larynx; mais en arrière, elle fut tellement vive, que pendant trois jours le malade ne put avaler une goutte de liquide. L'inflammation se dissipa; le larynx fut changé en une masse squirrheuse par ces irritations répétées; une fièvre hectique se développa avec une grande activité; ainsi quoique le malade n'eût point encore succombé au moment où la présente communication a été faite, il ne peut néanmoins rester de doute sur l'issue funeste de cette maladie.

10° *Autres tumeurs rares.* Calculs et concrétions presque inconnues; (Aubertin, loc. cit.) Une plus grande attention doit être donnée aux exostoses, qui se développent rarement il est vrai dans la cavité laryngienne elle-même, mais qui naissent communément du bord du cartilage thyroïde, montent vers le pharynx, et occasionent des difficultés dans la déglutition. (Albers, Pathologie und Therapie der Kehlkopfskrankheiten, Leipzig, 1829).

De la constitution médicale des années 1831 et 1833 dans ses rapports avec l'état sanitaire des aliénés a l'hospice de Siegburg; par le docteur Freder. Bird, médecin de cet établissement.

On remarque, dans la santé et la manière d'être des aliénés, des variations fréquentes qui paraissent intimement liées aux différens changemens de la constitution atmosphérique. L'étude des causes générales est donc très-importante, sous le rapport du traitement des malades affectés d'aliénation mentale. Il n'est pas moins digne d'intérêt de comparer l'action que ces causes générales exercent en même temps sur des personnes aliénées et sur des individus jouissant de l'exercice de toutes leurs facultés. Tel est le but que s'est proposé M. Bird dans ce mémoire dont nous allons donner une analyse.

Les observations concernant l'année 1831 sont trop courtes et trop peu détaillées pour présenter quelque intérêt: seulement l'auteur fait remarquer que la constitution médicale de la maison de santé ne coïncidait pas toujours avec celle de la ville, et qu'en général l'état sanitaire de l'hospice était plus satisfaisant que celui de Siegburg même: mais, ajoute-t-il, on ne doit pas perdre de vue que leur exposition est différente, qu'ainsi l'établissement des aliénés est situé sur un plateau de 230 pieds d'élévation, tandis que la ville est bâtie au pied de la colline, sur un terrain et au milieu d'une atmosphère humides.

Les observations pour l'année 1833 ne vont que jusqu'au 9 juillet; mais elles présentent un assez grand nombre de faits dignes de remarque.

La constitution médicale paraît ici agir à peu près de même sur les aliénés et sur les autres individus; en

effet dans les premiers six mois les maladies revêtent en général le caractère rhumatismal et catarrhal, chez les aliénés comme chez les individus sains d'esprit; cependant on observe chez ces derniers une plus grande tendance aux complications gastriques ou inflammatoires et un plus grand nombre de fièvres intermittentes. Dans les premiers jours de juillet les affections catarrhales et rhumatismales disparaissent; mais on remarque chez beaucoup d'aliénés une irritation fluxionnaire au cerveau. En ville les maux de tête deviennent aussi plus fréquens, et il n'est pas rare de voir des affections cérébrales souvent mortelles s'associer aux fièvres intermittentes.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans l'énumération de tous les faits qu'il a observés jour par jour; bornons-nous aux réflexions générales et à quelques observations qui viennent à l'appui.

M. le docteur Bird établit deux grandes classes d'aliénés :

1° Ceux chez lesquels le cerveau est primitivement affecté, sous l'influence de l'exaltation directe du système artériel, les *maniaques*.

2° Ceux chez lesquels le cerveau n'est affecté que secondairement; le trouble porte d'abord sur l'appareil digestif et le système veineux, puis se propage au système artériel et aux organes encéphaliques: les *hypochondriaques* au premier degré, *mélancoliques* à un degré plus élevé.

Le froid a exercé une influence marquée sur tous les aliénés; c'est ainsi que pendant le mois de janvier, les jours où la température était très-basse, le temps nébuleux, ou quand il tombait de la neige, ils se trouvaient dans une agitation très-grande qui se calmait dès que le temps se radoucissait. Cependant cet état d'agitation n'est jamais d'aussi longue durée en hiver qu'en été par les grandes chaleurs et une forte tension électrique de l'atmosphère; les temps d'orages et les changemens brusques de température rendent également les aliénés plus inquiets et plus remuans. Une remarque que nous pouvons placer ici, c'est que jamais M. Bird n'a observé dans le mois de janvier ni dans les mois suivans l'influence de la lune sur l'esprit de ses malades.

Aux approches du printemps, quand tout dans la nature semble recevoir une vie, une excitation nouvelles, les mêmes effets se font ressentir aussi chez les aliénés.

Les mélancoliques en éprouvent d'abord un certain degré de malaise et une aggravation passagère de leur état.

Deux malades, un jeune homme de 17 ans tombé en démence à l'époque de la puberté, et un autre de 22 ans, empirèrent tellement dans les premiers beaux jours de février, qu'ils mangèrent leurs excrémens et burent leur propre urine. Ils en avaient tous deux la conscience : c'était, disait le premier, une pénitence à laquelle il se soumettait en expiation de ses péchés. En même temps le cœur battait avec violence; les carotides étaient plus pleines, plus tendues, tandis que les radiales étaient à peine sensibles; à l'exception de la tête qui était plus chaude, la température du reste du corps ne paraissait point augmentée.

Cependant à mesure que le printemps avance, dans les mois d'avril et de mai, M. Bird remarque qu'à l'état de trouble et d'agitation survenu d'abord succède un état plus calme, et souvent même des instans d'une véritable lucidité; ainsi une femme continuellement agitée par la crainte et un sentiment d'angoisse, parvint à se maîtriser au point de se livrer paisiblement au travail; un autre malade préoccupé d'idées sombres, dont l'état touchait à la monomanie, manifesta des dispositions plus sereines et même quelque gaieté; la mélancolie chez lui a diminué d'un degré et est redevenue hypochondrie.

L'état de trouble et de malaise qui survient dans les premières journées de printemps chez les mélancoliques est parfois un effort salutaire que tente la nature pour guérir la maladie; si alors elle est convenablement secondée par l'art, on peut en espérer un résultat favorable: mais le plus souvent l'art et la nature restent frappés d'impuissance, et si quelquefois on obtient quelques succès passagers, on a de fréquentes récidives à craindre en automne.

C'est aussi sous l'influence du printemps que le docteur Bird a observé le plus de ces sécrétions et évacuations critiques à la suite desquelles l'état des malades semble s'améliorer, du moins pour quelque temps.

Un idiot de 40 ans, sujet à des accès pendant lesquels il restait comme paralysé, paraissait avoir recouvré une partie de son intelligence, dans le courant de mars, après une sécrétion très-abondante de mucus nasal entremêlé de sang. D'autres se trouvèrent soulagés après un épistaxis. Une fluxion hémorrhoïdale, l'apparition de menstrues long-temps supprimées, des sueurs, là où la peau était restée long-temps inerte, s'annonçant parfois par une légère fièvre; enfin une expectoration abondante à la suite de catarrhes ont fréquemment encore produit des effets salutaires: un malade affecté d'une mélancolie profonde, qui avait été adonné au vin, avait cessé de témoigner de la tristesse depuis qu'une phthisie catarrhale s'était développée chez lui.

Nous devons parler ici d'un jeune homme qu'on voulait empêcher de se livrer à la masturbation, en lui mettant le gilet de force : d'abord il pleura beaucoup, déraisonna plus que jamais, devint taciturne; ses extrémités devinrent froides; ses lèvres et sa langue d'un rouge vif; ses dents se resserraient spasmodiquement; une salive abondante s'écoula de la bouche, et il sortit des narines une quantité considérable de mucus. Sa tête était chaude et les battemens du cœur et des carotides très-forts. Le malade aimait à se laver la tête; les organes génitaux étaient dans un état d'éréthisme presque continuel.

M. Bird fait la remarque que là où le penchant aux plaisirs vénériens est très-développé comme dans ce cas, et où il se fait une sécrétion abondante de sperme, plus l'on veut s'opposer d'une manière sévère aux excès auxquels se livrent les malades, plus on a à craindre de congestions vers la tête, qui peuvent faire passer, si l'on n'y porte remède, la manie à l'état de démence.

Le printemps, si favorable en quelque sorte aux mélancoliques, l'est moins aux maniaques et aux aliénés affectés d'hallucinations des sens : chez eux l'exaltation artérielle, qui est la cause directe de l'affection cérébrale, se trouva encore augmentée; aussi M. Bird a-t-il observé durant cette saison ainsi que dans la suivante que chez beaucoup d'aliénés les accès de délire étaient plus fréquens et plus intenses, et qu'il y avait chez un grand nombre tendance aux congestions vers le cerveau; trois malades succombèrent, dans le courant de l'été, frappés d'apoplexie.

La meilleure saison pour les maniaques est l'automne; les seules guérisons possibles pour cette espèce d'aliénés ont lieu à cette époque de l'année : le contraire se remarque chez les mélancoliques.

Cependant M. Bird fait observer que, dans l'année 1833, l'exaltation artérielle, et par suite les congestions cérébrales et les paroxysmes de délire, ont été plus rares et moins prononcés : il en attribue la cause :

1° A l'éloignement de toutes les mesures de coercition qui irritent le malade et l'excitent à la manière des liqueurs alcooliques et des narcotiques à haute dose.

2° A la marche lente et progressive du printemps.

3° A l'apparition, chez beaucoup d'aliénés, d'hémorrhagies et de flux sanguins long-temps supprimés, à des sécrétions abondantes survenues à la surface des muqueuses ou sur la peau, qui ont presque toujours produit une amélioration dans l'état de ces malades, amélioration qui s'est même soutenue dans quelques cas.

Terminons par quelques mots sur l'usage des bains dans le traitement de l'aliénation mentale.

L'auteur considère les bains comme une chose nuisible pendant la saison froide; il recommande de s'en abstenir partout où la salle où on les prend et les allées qui y conduisent, depuis la chambre du malade, ne pourront être convenablement chauffées. Le froid humide agissant d'abord sur la peau, puis, par irritation sympathique, sur les muqueuses, produit le plus souvent des affections catarrhales et des rhumatismes; par la même raison les bains froids en hiver devront aussi être considérés comme désavantageux à la santé des aliénés. En effet, il en résulte souvent une irritation de la muqueuse gastro-pulmonaire qui peut se propager au cerveau et produire les accidens les plus graves. La meilleure saison des bains pour les aliénés est l'été. M. Bird pense qu'on ne devrait jamais les faire prendre qu'à cette époque de l'année, vu la grande difficulté, dans un établissement public, de prémunir toujours, pendant l'hiver, les baigneurs des effets funestes de l'impression d'un air froid.

Études sur l'hydropisie de l'ovaire et sur sa cure radicale, par le docteur Truckmuller.

C'est une assez bonne et courte monographie sur cette maladie, mais elle ne nous apprend rien qui n'ait déjà été dit par Richter (Spezielle Thérapie, v. III p. 101), Gardien. (Traité complet des accouchemens), Madame Boivin et M. Dugès (Traité pratique des maladies de l'utérus.) A la fin de son travail, M. Truckmuller cite l'observation suivante :

Séraphine Schwelle, âgée de 45 ans, non mariée, d'une constitution faible, habitus phthisique, avait été régulièrement menstruée à l'âge de quinze ans. A l'âge de trente-un ans, elle dit avoir été affectée d'une fièvre rhumatismale, pendant laquelle elle éprouva une vive douleur dans l'aine droite qui se dissipa avec les symptômes fébriles, mais elle assure avoir remarqué à cette place une tumeur dure, indolente, de la grosseur du poing. Au mois d'août 1830, elle fut atteinte sans cause connue d'une inflammation du bas-ventre. La douleur se concentra à l'endroit de la tumeur, qui datait donc de 14 ans et qui avait maintenant la grosseur de deux poings; on fut obligé de pratiquer à cette femme, déjà faible et maigre, quatre saignées et cinq applications de sangsues. L'inflammation se dissipa, mais la tumeur augmenta, et au commencement d'octobre elle avait déjà la grandeur d'une forte tête d'adulte. La respiration était si gênée qu'elle menaçait de suffocation. On appliqua à l'endroit où on fait ordinairement la paracenthèse un morceau de pierre à cautère de la grandeur d'un petit écu; l'escarre se détacha le cinquième jour au moyen d'applications émollientes; une ouverture ayant été faite dans son milieu, on vit qu'au pourtour de l'escarre il y avait entre le péritoine et la tumeur située au-dessous comme un commencement d'adhérence qui en effet fut complète après quelques jours. Après la chute de l'escarre, la tumeur se présenta, avec une couleur tout-à-fait blanche, d'une dureté cartilagineuse et montrant une fluctuation obscure; on y plongea un bistouri droit à un pouce de profondeur; il s'écoula une très-petite quantité de liquide d'une consistance assez forte, jaunâtre et sans odeur. On pansa la malade avec le digestif et on la plaça dans une position convenable; pendant la nuit, l'écoulement fut assez abondant. On agrandit en l'arrondissant l'ouverture du kyste qui offrait un pouce d'épaisseur, pour pouvoir y introduire la canule d'une seringue; on retira ainsi 18 fois l'instrument rempli d'un pus jaune et de mauvaise odeur. Le sac vidé fut rempli avec une décoction de chêne et de teinture de myrrhe. Le traitement fut répété pendant quelques jours. M. Truckmuller trouvant le péritoine tout-à-fait adhérent, augmenta encore l'ouverture pour y introduire un doigt qui fit découvrir que la paroi intérieure du sac était recouverte de granulations spongieuses qui saignaient facilement; une sonde pouvait très-bien être portée jusqu'aux environs de l'utérus. L'auteur remarque que s'il avait trouvé la tumeur divisée en différentes cavités ou remplies par des hydatides, il aurait pu en élargissant encore plus l'ouverture détruire les cloisons et les vésicules au moyen de l'instrument tranchant.

Pendant qu'on vidait et qu'on remplissait la tumeur avec une décoction d'écorce de chêne, on remarqua

que des morceaux entiers se détachaient par plaques de la paroi interne du sac qui, lui-même, au bout de quatorze jours paraissait à l'exploration extérieure être réduit à la moitié de son volume. Ne pouvant arriver jusqu'au fond au moyen de la seringue pour vider et remplir le sac, l'auteur y introduisit un tuyau par lequel la canule de cette dernière passait très-facilement; c'est ainsi que petit à petit la tumeur fut entièrement vidée, la plaie se ferma sans fistule et sans laisser d'autres traces de l'hydropisie de l'ovaire qu'une dureté cartilagineuse de la grandeur d'une pièce de 20 sous autour de la cicatrice. La malade jouit pendant une année entière d'une assez bonne santé. Elle mourut au bout de ce temps à la suite d'une tumeur squirrheuse qui se forma dans la région de la rate. L'autopsie n'a pas été faite.

De l'ulcération de la matrice de l'ongle sous le rapport historique et pratique, par le docteur Sachs, de Berlin.

Après quelques considérations assez étendues sur l'histoire et la description de cette maladie, et après avoir passé en revue les différens traitemens dirigés contre elle, M. Sachs expose une méthode curative basée sur les principes suivans : 1° les portions de l'ongle qui touchent les parties ulcérées de sa matrice doivent toujours et au plus vite être éloignées, s'il se peut, sans douleur et sans hémorrhagie; celles, au contraire, qui touchent à des parties saines doivent être conservées; 2° l'ulcère mis à découvert doit, d'après sa nature, être traité et conduit à la cicatrisation par les moyens convenables.

Ces deux règles s'appliquent à tous les cas d'ulcération de l'ongle; le traitement pour les cas particuliers est le suivant.

En première ligne, il faut avoir égard aux maladies générales qui peuvent être cause ou seulement complication du mal. Les vomitifs et les purgatifs, lorsqu'ils sont indiqués, influent ordinairement d'une manière favorable sur la marche de l'affection locale ; dans le cas d'accidens nerveux après l'arrachement ou la contusion de l'ongle, on donnera une émulsion d'eau de laurier-cerise, d'opium avec la liqueur minérale d'Hoffmann. Pour combattre l'inflammation qui précède l'ulcération, on emploiera la position horizontale de la partie affectée, quatre à cinq sangsues près et jamais sur les parties enflammées, quatre à cinq bains par jour de la durée d'un quart d'heure, d'eau savonneuse ou d'une décoction de ciguë, en cas d'excessive nuisibilité, ou bien de carbonate de potasse, de potasse, ou seulement de cendre, lorsqu'il y a un état de torpeur. Après les bains, frictions mercurielles opiacées sur les parties non enflammées; les corps étrangers doivent être extraits. Il est inutile de fendre l'ongle, car le trajet de la petite plaie guérit le plus souvent sans suppuration, guérison que l'on peut favoriser par l'application d'un emplâtre et de l'eau froide. Lorsque le bord extérieur de l'ongle est incarné, on ne doit l'enlever que peu à peu, au moyen de ciseaux émoussés et après l'avoir ramolli par des bains répétés. Le pus, dès qu'on l'aperçoit, doit être vidé; ordinairement le bord de l'ongle est détaché, et cette portion doit être enlevée le plus tôt possible. Si les douleurs sont trop vives et ne permettent pas l'introduction d'un instrument, M. Sachs introduit sous la partie desséchée un petit morceau d'éponge préparée pour agrandir peu à peu le trajet fistuleux. Le bord postérieur qui est plus solidement fixé ne se détache que tard par la suppuration; il ne faut pas se hâter de l'arracher : ici encore on peut préparer les voies au moyen de l'éponge, en ayant soin d'exciser ce qui peut être enlevé sans douleur. S'il se fait dessous l'ongle un épanchement de sang qui soulève une portion de ce dernier, on doit extirper celui-ci aussi loin que s'étend la suffusion ; à chaque pansement on examinera s'il y a encore des portions de l'ongle à enlever. On panse la surface ulcérée avec de la charpie râpée sèche, ou simplement trempée dans de l'eau chaude, ou dans la décoction suivante de Græfe : écorce d'aunée une once, eau huit onces, acétate de plomb un gros. Le reste du traitement comme dans les autres méthodes. La cure dure ordinairement de trois à six semaines.

Des effets de l'indigo dans les affections spasmodiques, par le docteur Strahl, de Berlin.

L'indigo donné à dose graduée, d'abord à un scrupule trois fois par jour jusqu'à une demi-once, dans dix cas d'épilepsie, n'a produit absolument aucun résultat; seulement on a remarqué la coloration en bleu des selles et de l'urine. Dans quatre cas d'hystérie, on a observé les phénomènes suivans : après l'administration de deux gros d'indigo, il survint une violente colique rénale; l'urine présentait une couleur d'un bleu très-foncé et laissait déposer une quantité assez notable de poudre d'indigo très-fine. Les coliques durèrent quatre jours et ne cédèrent qu'à l'emploi continué d'une émulsion huileuse. Dans un cas seulement il y eut, à la suite de l'affection des reins, cessation des accidens nerveux, qui, après trois mois, ne sont pas encore revenus. Dans deux cas on observa des effets très-remarquables sur le système utérin : une aménorrhée, accompagnant l'hystérie, céda sans que cette dernière disparût. Dans deux cas de danse de Saint-Guy, l'usage de l'indigo s'est montré sans effet. M. Strahl en conclut que cette substance médicamenteuse n'est d'aucune efficacité dans les affections nerveuses, mais paraît avoir une action très prononcée sur le système génito-urinaire.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

par Hufeland et Osann.

(Cahier d'octobre 1834.)

Traitement des ulcères chroniques des jambes, par le docteur Siemerling.

Ce traitement consiste dans l'application de bande-

lettes circulaires comme dans la méthode de Baynton, à l'exception de la composition de l'emplâtre qui est la suivante : « cire blanche, une demi-once ; huile d'olive, quatre onces ; mêlez à deux onces de minium, faites cuire ce mélange en agitant jusqu'à ce qu'il se prenne en masse épaisse ; ajoutez plus tard deux gros de baume indien. » Avant l'application on a soin de toucher les bords calleux ainsi que toute la surface de l'ulcère avec la pierre infernale, puis on entoure l'extrémité de compresses et d'une bande roulée. Repos et position horizontale du membre. Dans les ulcères à bords non calleux et où il existe cependant des granulations de mauvais aspect, on se sert au lieu de la pierre infernale d'un plumasseau trempé dans la teinture suivante : « teinture d'aloës, *id.* de myrrhe, de chaque deux gros ; baume du Péron, un gros à un gros et demi. » Le traitement ne doit pas durer plus de six semaines.

— Nous terminerons cette revue par les deux faits suivans, dont le premier pourra être rapproché avec intérêt de ceux que nous avons déjà rassemblés sur cette matière.

Observation d'un empyème suivi de guérison, par le docteur Kortum.

Obs. — G. P., fut, à l'âge de 3 ans, affecté de la gale que l'on fit disparaître avec trop de précipitation : en effet, il ne tarda point à se développer au côté gauche du thorax un abcès qui donna lieu à des symptômes graves. L'abcès s'étant ouvert, il resta une petite ouverture fistuleuse à travers laquelle il s'écoula, pendant sept ans, un pus ichoreux en assez grande quantité. Une fièvre lente s'était emparé du petit malade qui dépérissait à vue d'œil ; il était devenu extrêmement maigre et sa taille était restée au-dessous de l'ordinaire ; les côtes avaient perdu leur convexité dans l'étendue d'une main autour de la fistule, et le thorax du côté malade était entièrement aplati. Différens traitemens avaient été tentés sans aucun succès. A 10 ans le petit malade fut présenté au docteur Kortum. Une sonde introduite dans la cavité ulcérée, dans une direction horizontale, pénétra à une profondeur de 8 pouces ; comme dans son trajet l'instrument n'avait rencontré ni le poumon, ni le cœur, on en conclut avec raison que ces organes avaient été repoussés de leur position naturelle par l'amas du pus. L'indication était évidemment ici de permettre à ce dernier de s'échapper par un écoulement continu. A cet effet, le docteur Kortum fit dilater l'ouverture fistuleuse au moyen d'une éponge préparée, puis il introduisit dans la cavité purulente à peu près à deux pouces de profondeur un tuyau de plume, fixé au moyen d'un fil adapté à son extrémité et passé autour de la poitrine. L'orifice fistuleuse fut à son tour recouverte d'une coquille de noisette, passée autour du tuyau de plume, et garnie extérieurement d'une couche de charpie, afin que le pus qui suinterait à la surface put être absorbé. Tout l'appareil fut maintenu avec beaucoup de facilité ; dans les premiers jours il s'écoula par le petit tuyau une quantité incroyable de pus, surtout lorsque le malade se tenait dans une position horizontale et inclinée à gauche. Sous l'influence de ce moyen et de l'usage interne du quinquina et de la ciguë aquatique long-temps continué, le pus devint d'une nature de jour en jour meilleure, la fièvre hectique et des sueurs fétides très-abondantes cessèrent bientôt. Au bout de 6 mois le foyer purulent était entièrement effacé, et la plaie extérieure cicatrisée. La présence du tuyau de plume, quoique son extrémité interne fut assez tranchante et enfoncée à une grande profondeur n'avait jamais produit d'accidens. Il est à remarquer encore qu'avant la terminaison de la cure il s'était développé sur tout le corps une éruption psorique qui avait cédé à l'administration de bains, d'évacuans et de boissons dépuratives. Depuis cette époque il s'est passé une année et la santé de l'enfant s'est toujours maintenue ; il peut même marcher, courir, fréquenter l'école sans trop fatiguer sa poitrine ; cependant sa constitution est frêle et délicate, et le côté gauche du thorax est resté aplati.

Exemple d'une xénoménie par les poumons ; par le docteur Becker.

Obs. — N..., âgée de 32 ans, tomba, il y a deux ans, dans l'eau, au moment de son flux menstruel ; aussitôt celui-ci se supprima ; le mois suivant il survint à sa place une forte hémoptysie, qui s'est depuis renouvelée d'une manière tout-à-fait périodique. Il y a quinze mois cette femme devint enceinte, et pendant toute sa grossesse, durant ses couches et pendant tout le temps où elle a allaité, le crachement de sang ne s'est point montré ; mais il est revenu aussitôt qu'elle a eu sevré l'enfant.

N° 9. — 28 Février.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DES MALADIES RÉGNANTES A PARIS.

Tout le monde est frappé des étranges perturbations atmosphériques de l'hiver de cette année. Nous voilà déjà à la fin de février, et il n'a pas fait froid pendant trois jours de suite, quoique cette époque soit précisément le moment de l'hiver le plus rigoureux. Le thermomètre, depuis près de deux mois, n'a pas marqué un seul jour quelques degrés au-dessous de la glace ; et, le plus souvent, il s'est soutenu à sept ou huit degrés au-dessus. Ce n'est pas tout : une humidité très-pénétrante remplit l'atmosphère, nous imprégne incessamment comme par l'effet d'un bain de vapeur froide, sans que les vêtemens les plus épais réussissent à nous en garantir. Plusieurs fois dans la journée, des averses se précipitent sur la capitale, inondent les rues et les marchés, et donnent au sol, déjà si boueux de

Paris, l'apparence d'un véritable marais ; de manière que, par les pieds, nous plongeons sans cesse dans l'eau froide des rues, et, par le reste du corps, nous sommes baignés de tous côtés par l'humidité non moins froide de l'air. Une autre circonstance aussi frappante que les précédentes complète l'histoire météorologique de l'hiver de cette année ; nous voulons parler des alternatives du froid au chaud et du chaud au froid, qui dépendent à la fois de la rencontre des vents contraires d'ouest et du nord, du froid qui succède aux averses si fréquentes, et du passage d'un ciel noir et nuageux à un ciel net et pur échauffé par un soleil assez ardent.

Sous l'influence de cette constitution atmosphérique, une multitude de maladies graves viennent de naître dans toutes les classes de la société. Les maladies propres à l'hiver de Paris sont en petit nombre ou très-mal formées, c'est-à-dire que, tant par le caractère des affections régnantes que par celles qui ne règnent pas, on est amené à reconnaître que nous assistons en effet au développement d'une constitution médicale bien conditionnée.

On observe assez peu souvent les phénomènes pleurétiques et pneumoniques dont les hivers sont ordinairement remplis. Tout au plus quelques douleurs vagues de poitrine se mêlent aux symptômes des maladies les plus répandues, comme pour indiquer que l'hiver est avorté. Les maladies les plus communes sont, en première ligne, une fièvre grave qui présente les caractères des fièvres typhoïdes au plus haut degré. Nous disons que la fièvre régnante est une fièvre typhoïde, parce qu'elle en offre tous les traits, et qu'elle exige la même méthode de traitement. Tant pis pour les médecins qui attachent une autre idée pratique à cette affection, et qui la traitent en conséquence par des moyens différens. Une autre forme de maladie régnante est celle de névralgies et de rhumatismes affectant, suivant les sujets, tantôt les nerfs et les muscles, tantôt seulement les articulations ; enfin une autre expression pathologique conforme, c'est celle d'une péritonite qui affecte les nouvelles accouchées. Aux phénomènes propres à ces nuances de maladies se mêlent constamment des symptômes d'affections catarrhales, ainsi que nous allons le montrer. Parlons de la maladie la plus grave, à l'exception de la péritonite, ou de la fièvre de mauvais caractère, que ses analogies nous obligent à qualifier de fièvre typhoïde.

Elle s'annonce de bonne heure par un relâchement du ventre qui amène des selles plus fréquentes que de coutume, par l'inappétence et le dégoût. A ces signes s'en joignent d'autres tels que des frissons vagues entrecoupés de chaleur. Personne peut-être à Paris, depuis quelques semaines, n'a été exempt de quelques-uns de ces symptômes ; c'est le premier signal de l'invasion d'un état plus grave que nous allons analyser.

Après huit ou dix jours de ces phénomènes, une fièvre décidée envahit les malades et constitue une affection confirmée. Elle se présente d'une manière uniforme, à quelques nuances près, chez tout le monde, et peut se partager en deux périodes bien tranchées. Au début de la première les sujets éprouvent des bourdonnemens d'oreilles, quelques vertiges, et une somnolence ou tendance à dormir ; la face prend une teinte jaune ou verdâtre, d'où se détachent sur la région des pommettes deux plaques rouges lie-de-vin. Ces espèces de taches sont rarement égales dans les deux joues : elles pâlissent ou se foncent alternativement sur toutes les deux ; le regard devient plaintif ; les traits respirent la souffrance, et l'ensemble du corps est abattu ; la langue est toujours chargée à sa surface d'un enduit épais, blanc-jaunâtre, et sur les bords elle est cernée par un limbe d'un rouge vif. Elle n'est jamais très-humide ; elle tend visiblement au contraire à se sécher. La peau offre déjà une chaleur brûlante et aride ; le pouls n'est jamais large et dur, le plus souvent il est facilement dépressible et toujours fréquent, inégal et irrégulier ; le malade a des nausées ; l'épigastre et le ventre sont douloureux ; quatre, cinq ou six gardes-robes par jour indiquent, concurremment avec les autres symptômes, que les fonctions digestives sont notablement troublées. Chaque soir cet appareil morbide redouble, et rend les nuits pénibles et sans sommeil, ou avec un sommeil interrompu et agité par des rêves. Beaucoup des malades en sont quittes à ce prix. Après huit ou dix jours ces phénomènes rétrogradent et le bien-être reparaît. Les plus gravement compromis éprouvent une seconde période que les soins empressés de la médecine ne parviennent pas toujours à guérir.

Chez ces derniers la tête s'affecte de plus en plus ; la physionomie est immobile, les yeux remplis de larmes, les narines pulvérulentes, et des vertiges surviennent aux moindres mouvemens. Ceux-ci tombent dans le délire tous les soirs pendant leur redoublement, et quelquefois ce delire ne cesse pas de toute la journée. Ce délire est doux et il se réduit à un marmottement continuel et à un rire tranquille ; il n'est jamais violent ou furieux. La langue est sèche, lisse et brillante, ou bien rabotense, couverte d'une croûte sanglante et crevassée. Les dents, les lèvres et la langue sont quelquefois remplies de fuliginosités. Le pouls est faible, très-fréquent et très-irrégulier. Il y a des soubresauts tendineux. La peau est sèche, la chaleur âcre et mordicante, le ventre ballonné et tendu, les déjections nombreuses et repoussantes ; les malades sont prostrés. Ces sujets ne guérissent qu'avec peine. A la mort, on trouve sur les cadavres les glandes de Peyer et de Brunner dans un état d'ulcération plus ou moins avancée. Lorsqu'ils reviennent de cet état, la convalescence est lente et pénible, et sans cesse ils sont en danger de rechuter.

La péritonite et la fièvre précédente sont les affections les plus graves de cet hiver. La péritonite survient chez les nouvelles accouchées. Les cas de cette maladie sont extrêmement répandus à l'hôpital de la Maternité : en ville nous en observons en assez grand nombre ; il ne paraît pas que ces derniers soient moins redoutables que ceux de l'hôpital. Nous notons exprès cette circonstance, afin de détruire une idée étiologique mal fondée, qui consisterait à attribuer à l'usage du cérat dont

on se sert pour toucher les femmes de l'hôpital de la Maternité, la propagation de cette affection. Quant à nous, nous ne pouvons voir autre chose dans les causes de ces péritonites, que celles de l'affection typhoïde dont nous avons parlé. Les péritonites, en effet, portent la plupart des traits de cette dernière fièvre, si ce n'est qu'ici elle est compliquée de l'inflammation du péritoine et de la matrice, au lieu de s'associer par exemple à l'inflammation des intestins. Nous n'avons rien de plus spécial à observer relativement aux circonstances de ces maladies ; encore une fois elles sont à nos yeux, non pas une maladie particulière, mais seulement un cas particulier de la fièvre grave que nous venons d'étudier. L'unique différence tient à la position exceptionnelle des nouvelles accouchées.

Les névralgies et les douleurs rhumatiques s'ajoutent fréquemment à ces deux formes de maladies, sans constituer, généralement parlant, un état morbide isolé. Il n'est pas rare de voir, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, des douleurs des articulations ou des muscles couvrir la marche de cette affection grave, et l'accompagner dans tous ses degrés. On peut en dire autant des bronchites, des laryngites, des pleurésies et des pneumonies qui règnent également dans ce temps-ci : elles ne ressemblent guère à des maladies essentielles telles qu'on a coutume de les voir en hiver ; on les prendrait plutôt pour de satellites de l'affection générale, tant elles suivent fidèlement ses vicissitudes et ses progrès. Ajoutons que dans la pratique elles suggèrent moins des indications fondamentales, que des modifications dans celles-ci ; en sorte que, quelle que soit la diversité des symptômes par lesquels la constitution actuelle se témoigne, tous les cas pathologiques ont une base unique, à savoir, les phénomènes de l'affection typhoïde ou de la fièvre générale. Passons au traitement de ces maladies, et voyons par quelle méthode il est avantageux de les attaquer.

Le vieil adage *principiis obsta* n'est nulle part plus applicable que contre le genre de fièvre dont il s'agit ici. Nous avons vu qu'elle n'éclate pas à l'improviste; qu'elle avance au contraire pas à pas et par degrés. Pendant une ou deux semaines, elle se borne à la condition d'une incommodité insignifiante avant de prendre une grave intensité. Le dérangement des voies digestives qui marque ses débuts insidieux est le seul auquel le médecin doive s'attacher. Si l'on se rappelle les phénomènes par lesquels il se prononce, on lui trouvera la plus parfaite conformité avec les surcharges gastriques de l'automne et de l'été. Ce qu'il y a à faire se déduit de l'exactitude de ces rapports. La diète, ou une réduction de la nourriture solide ; quelques boissons délayantes acidules ou légèrement stimulantes, comme l'infusion de tilleul ou de thé, suffisent à s'en rendre maître, conjointement avec le repos de l'esprit et du corps. Mais à peine la fièvre s'est-elle mise de la partie, qu'il faut recourir à une médecine plus active si l'on veut prévenir les périls qu'elle menace d'apporter. Dans cet état, indépendamment des précautions précédentes qui sont d'urgence, le meilleur moyen, le plus sûr et le plus efficace, ce sont une ou deux saignées suivies immédiatement d'un vomitif. Nous ne promettons pas trop en disant que le concours de ces deux agens thérapeutiques coupera court à la fièvre dès son début dans les trois quarts des cas. Si ces sortes de maladies se prolongent au-delà de cette période, si elles finissent par compromettre les jours des malades, c'est que généralement parlant on se contente de saigner ou de purger. Nous le répétons, une méthode puissante autant que sûr d'enrayer la marche de cette fièvre, c'est la combinaison des émissions sanguines et des évacuans des premières voies. Par là on fait avorter le développement des symptômes typhoïdes et l'on réduit le mal à la fièvre gastrique la plus bénigne. Hâtons-nous de convenir que si dans les hôpitaux on ne réprime pas avec plus de bonheur le cours de ces maladies, ce n'est pas seulement parce qu'on ne pratique pas cette méthode, mais c'est aussi parce que les malades n'y arrivent guère que dans un état assez avancé.

Aussitôt que les symptômes typhoïdes sont bien déclarés, il n'y a plus lieu, sauf des cas très-rares, aux émissions sanguines générales, ni aux évacuans des premières voies. Si pourtant quelque point d'inflammation logé dans la poitrine ou dans la tête acquérait une grande vivacité, l'indication consisterait à appliquer un certain nombre de sangsues, ou mieux encore des ventouses scarifiées sur le point phlogosé. C'est le moment de faire la part des exigences de la péritonite, lorsque la maladie régnante se déclare chez les nouvelles accouchées. Il n'est pas douteux que les sangsues ou les ventouses scarifiées ne soient bien appliquées toutes les fois que les signes d'inflammation de la matrice ou du péritoine s'élèvent à un haut degré. Cependant, comme ces noyaux inflammatoires ne sont jamais ou presque jamais isolés, le praticien doit sans cesse avoir les yeux ouverts sur les mouvemens de la fièvre, et joindre toujours, et assez souvent subordonner les indications qu'ils nous manifestent aux indications plus impérieuses déterminées par le typhus. A plus forte raison subordonnera-t-on la thérapeutique propre aux complications névralgiques ou rhumatiques à ces indications majeures, quand, au lieu d'une péritonite, on aura un typhus compliqué d'une douleur rhumatismale ou d'une irritation partielle des nerfs.

Le traitement principal de la fièvre, à la période où nous sommes arrivés, se compose des moyens qui ont pour objet de relever l'activité du système nerveux stupéfié. Dans cette vue, les potions dont les stimulans diffusibles sont la base, tels que les eaux distillées et les éthers, sont les ressources les mieux appropriées. Avec elles, on emploie les épispastiques, non pour obtenir une suppuration inutile ou plutôt nuisible, car elle ajoute à l'épuisement, mais pour exciter la surface cutanée et par sympathie les centres nerveux. L'eau de Seltz et les chlorures sont très-bien indiqués à cette époque, et agissent très-bien dans ce but. Tel est l'ensemble des méthodes curatives suggérées aux différentes phases du cours de ce typhus. Nous n'avons dû parler dans cet article que des principes généraux de ces mé-

thodes, laissant à chaque praticien le soin de les modifier suivant les cas. Ce que nous tenons à faire ressortir, ce sont les affinités essentielles de toutes ces formes pathologiques et leur dépendance de l'irrégularité actuelle de cet hiver, parce que dans cette étiologie se trouve l'idée de leur nature et l'idée de la meilleure méthode de les traiter.

Ces affections, sauf les formes qu'elles empruntent à l'époque de l'année où nous sommes, ont une similitude frappante avec celles de l'automne ou de la fin de l'été. Il est aisé, d'après les détails que nous avons donnés, de sentir ces analogies, que confirment d'ailleurs les qualités de l'air sous lesquelles elles ont éclaté. Tout le monde sait, en effet, que cet hiver est resté bien au-dessous du froid des hivers ordinaires, qu'il a été plutôt une suite de l'automne qu'un véritable hiver; d'où il est naturel que les maladies propres à cette dernière saison ne soient pas écloses, et qu'à leur place nous n'ayons à observer que des affections de l'automne ou de la fin de l'été.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

Histoire d'une épidémie charbonneuse; propagation du charbon par le contact des animaux infectés, et par l'emploi de leur chair comme aliment; par M. le Docteur Wagner.

Nous avons promis à nos lecteurs une analyse étendue de cet intéressant mémoire, qui tend à résoudre d'une manière affirmative une question restée long-temps douteuse, savoir, la communication du charbon par l'ingestion de la chair des animaux infectés. L'étude de cette maladie, qu'il a eu de nombreuses occasions de voir, a d'ailleurs conduit le docteur Wagner à des conclusions qui s'écartent assez des opinions généralement reçues pour qu'on ne les admette pas sans vérification préalable; mais qui, fondées sur une longue expérience, ont droit cependant à un examen sérieux (1).

M. Wagner ayant appris que, le 22 juillet 1834, deux personnes étaient mortes presque subitement dans le village de Striesa (Saxe prussienne), que plusieurs autres étaient tombées malades, et que, dans une même ferme, il était crevé sept bêtes à cornes et quelques porcs, se rendit aussitôt sur les lieux, et recueillit les renseignemens suivans:

Le 13 juillet le troupeau de vaches rentrait du pâturage: le taureau tomba subitement à terre sans pouvoir se relever. On le crut atteint d'une simple lésion de la colonne épinière; on le tua sur-le-champ; et deux paysans, le jardinier Stack, âgé de 40 ans, et le vigneron Zienz, âgé de 30 ans, tous deux robustes et jouissant de la meilleure santé, enlevèrent la peau de l'animal et le dépecèrent. La chair fut coupée en morceaux, partagée, et servit de nourriture. Quelques jours après, d'autres bestiaux tombèrent malades dans la même ferme; ils furent également assommés, et leur chair fut employée comme aliment par les mêmes personnes.

Mais bientôt ces personnes se plaignirent de malaise, d'un sentiment de pesanteur à la région précordiale, et de douleurs abdominales passagères; quelques individus, surtout Stack et Teinz, qui non-seulement avaient mangé de la chair de ces animaux, mais qui encore avaient touché et manié ces derniers, et s'étaient même blessés aux deux mains, accusèrent de plus un grand abattement dans les membres, des vertiges et beaucoup de faiblesse.

Plusieurs bestiaux étaient encore crevés, du 15 au 18, d'une manière subite et inopinée: on les éventra et on trouva, outre des signes d'inflammation dans l'abdomen *la rate dans un état de gangrène et de putrilage tel, qu'elle ne consistait plus qu'en une membrane en forme de poche, renfermant un liquide noir de consistance pultacée qui se répandit en tous sens dès qu'on lui eut donné issue.* En enlevant la peau, on découvrit sous cette enveloppe çà et là, mais principalement au cou, des tumeurs œdémateuses.

Ces caractères anatomiques, joints à l'indisposition plus ou moins grave de toutes les personnes qui avaient manié les animaux infectés et mangé de leur chair, ne laissèrent plus douter que la maladie régnante ne fût une véritable *affection charbonneuse.* M. Wagner donne à cette affection le nom de *gangrène de la rate.* (*Milzbrand*), tiré de l'état de cet organe chez tous les individus qui en sont atteints. Il appelle de même le poison septique qui paraît en être le principe, *virus de rate gangréneuse, Milzbrandgift.*

La nature de la maladie une fois bien constatée, on prit les mesures hygiéniques convenables pour en enrayer la marche; mais déjà le mal avait pris racine, et un grand nombre d'habitans qui avaient touché les animaux infectés ou s'étaient nourris de leur chair, commencèrent à éprouver de la lassitude et de la pesanteur dans le membres, des vertiges et de la céphalalgie.

Le 19 juillet, le jardinier Stack, quoique souffrant depuis quelques jours, essaya d'accompagner un de ses amis à une distance de 3 lieues. Il ne put y parvenir qu'à grande peine et accablé de fatigue. Après avoir cherché à restaurer un peu ses forces avec deux verres de bierre forte, il voulut s'en retourner à la maison; mais à peine eut-il fait quelques pas, qu'il fut pris d'une faiblesse extrême avec vomissemens et douleurs du bas-ventre, et tomba à la renverse. Reconduit à la maison sur une voiture, les douleurs augmentèrent tellement pendant le trajet, que, de retour chez lui, il

(1) Nous recevons en ce moment la nouvelle qu'il règne à Orléans une espèce d'épidémie charbonneuse; depuis une huitaine de jours, un certain nombre de malades sont entrés à l'Hôtel-Dieu de cette ville; d'autres se rencontrent dans la pratique civile. Nous ne saurions trop engager les médecins en position d'observer cette épidémie, à saisir cette occasion de vérifier les conclusions du docteur Wagner.

arracha avec violence ses vêtemens. Bientôt il s'y joignit un froid aux mains et un flux diarrhéique d'un sang noir et dissous. Peu après, convulsions des membres, dont le froid glacial s'étend jusqu'au tronc, figure froide, nez effilé; yeux caves; jambes bleues, livides; tout le corps accroupi, mouvemens convulsifs de la tête d'une épaule à l'autre; vomissemens répétés; nouvelles selles liquides d'un sang noir et dissous, s'accompagnant toujours de douleurs périodiques de l'abdomen; enfin soupirs, gémissemens, et mort dans la nuit du 19 au 20.

Dans la même nuit, la veuve Gaertner, qui n'avait mangé que de la viande, éprouva le même sort; elle s'était couchée le soir en accusant un malaise et une pesanteur de tête et des membres plus forts; une pustule noire s'était développée sur l'une de ses cuisses. Le lendemain, on la trouva morte dans son lit; son enfant était encore endormi à ses côtés, jouissant d'une parfaite santé. Le 22 juillet, au matin, la décomposition de ces deux cadavres était tellement avancée qu'ils étaient près de se liquéfier, et répandaient au loin une odeur très-infecte; les jambes de Stack étaient tuméfiées et entièrement livides. L'autopsie cadavérique ne put être faite.

Huit autres personnes se trouvaient atteintes par l'épidémie le 22 juillet; une neuvième le fut le lendemain. Le plus petit nombre avait eu affaire avec les animaux infectés; tous s'étaient nourris de leur chair. Parmi ces malades se trouvaient une femme de 50 ans qui portait une pustule noire à l'un des pouces, et le vigneron Teinz, dont il a déjà été question, qui en avait une au côté externe de la cuisse. Chez tous ces malades, les symptômes de l'invasion avaient été les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits. De plus, sécheresse de la peau; pouls petit, fébrile, à peine sensible; chez aucun langue chargée; chez tous, yeux naturels et figure rouge et chaude; point de délire. Quelques-uns ressentaient une pression à l'épigastre, qui n'augmentait cependant point dans les inspirations profondes; la plupart accusaient un goût douceâtre dans la bouche; inappétence chez tous; dans deux cas seulement vomissemens; nulle part météorisme et tension de l'abdomen. Quelques malades éprouvèrent de l'anxiété, et principalement le vigneron Teinz, qui, à l'exception d'un sentiment de stupeur à la cuisse malade, ne se plaignait cependant pas de plus de douleur que les autres. L'anthrax, chez cet individu, ne présentait plus de cercle inflammatoire; il était cerné dans tout son pourtour par une induration, insensible au toucher, affectant une forme oblongue dans le sens de la longueur du membre, et s'étendant en profondeur, jusque sur l'os. La pustule s'était montrée d'abord comme une petite tache, grosse comme une tête d'épingle, avait augmenté sans jamais occasioner de douleur, et était devenue toute sèche.

La seconde malade, qui portait une pustule au pouce, ne souffrait point non plus beaucoup des symptômes généraux; mais elle accusait à la main malade une sensation d'ardeur avec tuméfaction et inflammation érysipélateuse, qui s'étendaient jusqu'à l'avant-bras, quoique l'anthrax eût à peine l'étendue d'une pièce de 10 sous.

A l'exception encore d'une jeune femme qui s'était nourrie de viande infectée, et chez laquelle une pustule s'était développée sur l'avant-bras droit avec tuméfaction et inflammation jusqu'au coude, les autres malades n'eurent point d'éruption pustuleuse.

Comme chez la plupart de ces personnes la maladie avait déjà duré quelque temps quand M. Wagner les vit, il ne trouva plus d'indications pour un vomitif; chez les individus nécessiteux chez lesquels il ne s'était point développé d'anthrax, il se borna aux médicamens les plus simples : cataplasme de graine de lin et de farine de son cuites dans du vinaigre de vin, appliqué sur la région précordiale; infusion de tilleul, ou simplement eau acidulée avec ce même vinaigre, afin d'entretenir une transpiration modérée; diète aussi absolue que possible.

Chez les malades aisés et chez ceux où il existait des charbons, on employa une médication plus active.

Les pustules furent incisées en croix : chez Teinz, cette incision, à laquelle il resta insensible, fut pratiquée à un demi-pouce de profondeur; puis on cautérisa et on saupoudra la plaie avec une dose assez forte de potasse caustique : ici encore Teinz ne ressentit de la douleur que quelques instans après; ce fut d'abord un sentiment de fourmillement qui se changea peu à peu en une douleur brûlante. L'escarre gangréneuse qui était dure et sèche, se ramollit et s'affaissa. On appliqua un cataplasme de graines de lin et de poudre d'écorce de chêne bouillies dans du vinaigre de vin; à l'intérieur le camphre à petite dose et une forte décoction de quinquina, avec addition d'une petite quantité de liqueur anodine minérale d'Hoffmann : chez la femme qui portait un anthrax au pouce, l'incision et la cautérisation avaient été plus douloureuses, quoique l'escarre fût moins profonde.

Le lendemain 24 juillet, tous les malades allaient mieux : il est à remarquer que la jeune femme qui avait eu un anthrax à l'avant-bras par suite d'une piqûre de sangsue, et chez laquelle on n'avait employé que des remèdes domestiques se trouvait également en voie de guérison. Une seule personne montrait une aggravation dans les symptômes : c'était la vieille femme chez laquelle on avait incisé et cautérisé le charbon au pouce : tout le bras était enflammé et gonflé jusqu'à l'épaule, et l'avant-bras couvert de vésicules bleues rougeâtres; face rouge, brûlante; fièvre intense, diarrhée, soif, prostration extrême, peau sèche et brûlante; de nouveau goût douceâtre à la bouche. — M. Wagner regardant ce cas comme désespéré, se borna à faire mettre sur la plaie des cataplasmes de fromage frais.

Chez Teinz on trouva à la place de l'escarre une excavation circulaire, noirâtre, profonde d'un demi-pouce, à bords étroits et rouges : toute tuméfaction et induration avaient disparu : plus de fièvre, retour de l'appétit et des forces, sentiment de bien-être universel; cet amendement si rapide était survenu à la suite

d'une sueur générale profuse, d'une odeur infecte. La plaie fut saupoudrée de quinquina et de potasse caustique, pansée avec le baume d'arcœus et recouverte avec le cataplasme vinaigré; même traitement intérieur. — Le 29 juillet, la sensibilité était revenue à l'extrémité malade; d'un autre côté, l'excavation gangréneuse avait doublé, et l'on ne remarquait point encore de séparation des couches sphacélées d'avec les parties saines; on laissa de côté la potasse caustique, et l'on pansa avec la poudre de quinquina, le baume de Pérou et l'onguent brun avec addition de myrrhe et de camphre; par-dessus le tout, cataplasme vinaigré. Le premier août, séparation de la couche gangréneuse que l'on achève avec le bistouri; la plaie présente maintenant trois pouces de longueur, deux et demi de largeur, trois quarts de profondeur, elle est d'un beau rouge, et sécrète un pus louable. — Le 5 août, elle commence à se couvrir de bourgeons charnus et de granulations de bonne nature. — Le 11, toute l'excavation en est remplie : il survient parfois aux deux pieds un sentiment de stupeur que précède chaque fois une sorte de fourmillement. — Le 14, tuméfaction froide des tégumens du membre affecté, s'étendant jusqu'à l'abdomen : application de sachets de son chauffés; repos; infusion de tilleul pour boisson. Les bourgeons charnus ont tellement pullulé qu'on est obligé de les toucher avec la pierre infernale. — Le 18, plus de gonflement de l'extrémité inférieure droite; commencement de cicatrisation de la plaie qui ne tarde pas à être bientôt complète.

La femme que le D. Wagner avait cru perdue le 25, et qui était restée sans autres moyens médicamenteux que les cataplasmes frais, se trouva deux jours après, au grand étonnement du médecin, dans un état presque satisfaisant. Ici il n'était point survenu de sueur critique; mais la diarrhée avait augmenté au point que les selles partaient sans que la malade s'en aperçût.

Bientôt après la fièvre avait cessé, la face était redevenue pâle, le goût douceâtre de la bouche avait disparu; il s'était établi autour de la pustule un travail de suppuration, les vésicules de l'avant-bras s'étaient affaissées, et le gonflement du bras avait progressivement diminué de haut en bas. On employa plus tard le même traitement externe et interne que dans le cas précédent. L'état général de la malade s'améliora avec une telle rapidité que, le 29 juillet, elle put déjà faire une marche d'une lieue et demie. Cependant l'affection locale n'avait point procédé avec la même promptitude; la surface gangrénée, circonscrite d'abord à la face palmaire, s'était même étendue jusque sur les côtés et le dos du pouce, d'où elle avait envahi la moitié de la face dorsale de la main. L'escarre, quoique superficielle, en était dure, racornie, sèche, noire, assez semblable à la gangrène sénile. La malade pouvait, malgré cela, mouvoir les doigts, et fléchir, mais non étendre le pouce. Le 11 août, une portion de la plaque gangréneuse se détacha au dos de la main; la surface suppurante sous-jacente répandant une odeur fétide fut pansée avec la poudre de quinquina. Le 16, le reste de l'escarre qui recouvrait encore le pouce tomba également. Quelques jours après, la suppuration devint de bonne nature, et toute la plaie se recouvrit de bourgeons charnus. Le 22, le dos de la main présentait une nouvelle cicatrice; il ne restait plus que le pouce, qui ne tarda pas à se fermer à son tour, et le 4 septembre 1834 la guérison était complète.

Le 6 août, il y eut deux nouveaux malades, quoique depuis huit jours il ne se fût présenté de nouveaux cas ni parmi les hommes ni parmi les bestiaux, et que toutes les mesures hygiéniques eussent été strictement accomplies. Les personnes récemment atteintes étaient deux servantes d'une même ferme, l'une de 26 ans et l'autre de 50; elles avaient bien été en rapport avec les bestiaux malades, mais n'avaient point mangé de leur chair. Comment, après un espace de temps assez long écoulé sans que ces deux malades se fussent exposés de nouveau, cette infection avait-elle pu avoir lieu? En interrogeant les deux servantes, on apprit de la plus âgée que, se trouvant chez la malade dont nous avons parlé précédemment, elle avait été piquée par une mouche à la face interne de l'avant-bras gauche; qu'elle y avait de suite ressenti de la douleur; que peu à peu il s'y était formé une petite tache autour de laquelle s'étaient bientôt développés du gonflement et de l'inflammation. Cette petite tache s'était en peu de temps élevée en forme de pustule livide, sèche, de la grandeur d'un liard. La jeune domestique expliquait à peu près de même, sans en être aussi sûre, l'origine d'une pustule qu'elle portait à la face externe du bras droit, qui était entourée de vésicules gangréneuses et s'accompagnait d'un gonflement inflammatoire depuis le coude jusqu'au-delà des épaules. Une circonstance assez remarquable vint jeter quelque jour sur la cause de cette dernière affection : dans la chambre de la malade se trouvait une peau qui avait appartenu à un des animaux infectés : n'était-il pas possible que quelques portions de chair ou de tissu cellulaire fussent restées adhérentes à cette peau, et qu'à l'état frais une mouche y eût puisé le poison septique pour aller le déposer sur le bras de la malade? Ces faits ont déjà été observés, et on en trouve des exemples dans Bertrandi et dans Monteggia.

On eut recours au même traitement interne que dans les cas précédens; mais comme il était trop tard pour inciser les charbons, et que M. Wagner avait remarqué que par la cautérisation après l'incision la gangrène s'étendait davantage, on s'en abstint et on se borna à l'application de cataplasmes de fromage frais, ou de son et de graines de lin. Aux médicamens internes bientôt abandonnés, on substitua une simple boisson de lait caillé coupée avec de l'eau ou une infusion de tilleul. La fièvre de la jeune fille ayant pris un caractère inflammatoire, et des douleurs de poitrine étant survenues, on pratiqua une saignée du bras. La pustule gangréneuse ayant nécessité l'application de la potasse caustique, on cautérisa sans qu'il s'élevât de la douleur dans les premiers momens; mais celle-ci survint

plus tard avec une telle violence, qu'on fut obligé d'ôter le caustique.

Le 13 août, après une sueur abondante, les symptômes généraux, la fièvre, ainsi que l'inflammation et le gonflement autour des pustules, cessèrent chez les deux malades.

Trois semaines après l'invasion de l'épidémie, on observa un dernier cas d'affection charbonneuse qui eut une terminaison funeste. Un jeune homme de 20 ans, servant dans la même ferme que les deux autres malades dont nous venons de retracer l'histoire, avait, comme les autres personnes, touché les bestiaux et mangé de leur viande; il était resté bien portant jusqu'au quatorzième jour, lorsqu'il fut pris d'un accès de fièvre et de tous les symptômes du charbon. En même temps il se forma sur l'avant-bras gauche une pustule qui, deux jours après, avait atteint l'étendue d'un pouce et demi. Une sueur abondante avait pour quelque temps amendé tous les symptômes; mais le dix-huitième jour de la maladie, ils étaient revenus avec une telle violence, que le malade avait succombé encore le même jour, avant qu'on eût eu le temps de lui administrer des médicamens. Il est à remarquer que l'affection gangréneuse locale de l'avant-bras n'avait nullement empiré.

En même temps que cette épidémie régnait à Striesa, on en observait encore quelques cas isolés dans deux villages voisins; les malades, quatre hommes dans la force de l'âge, avaient dépouillé et manié de toute manière des animaux infectés, ou bien s'étaient nourris de leur chair; tous avaient eu la maladie à un assez haut degré, avec éruption charbonneuse aux bras et aux mains. Le traitement fut des plus simples; ils guérirent au bout de trois à quatre semaines. Ici encore on remarqua une sueur critique très-abondante. Sur un de ces malades l'escarre fut cautérisée; sur un autre, excisée; les deux autres laissèrent le soin de la séparation des parties mortes d'avec les saines à la nature, en se bornant à la simple application de cataplasmes chauds. Chez aucun l'affection locale ne marcha plus vite que chez l'autre.

Notons encore le fait suivant : le résidu de la graisse des animaux infectés, qu'on avait fait fondre, fut jeté dans le manger de deux porcs, de deux chiens et de deux chats, qui tous crevèrent en se roulant sur l'herbe fraîche, qu'ils semblaient rechercher comme pour se soulager.

De l'histoire de cette épidémie et des observations qu'elle présente, l'auteur croit pouvoir déduire les considérations suivantes :

1° Le plus ou moins de gravité du charbon ne dépend point autant de la présence, du nombre et du volume des pustules, que de l'intensité de la fièvre concomitante; les pustules ne sont qu'un produit ou un symptôme de la maladie, qui peut même manquer sans que celle-ci cesse d'exister.

2° La *fièvre charbonneuse*, ou *splénite gangréneuse* avec ou sans charbon, ne se propage point par la voie des miasmes à travers l'air; elle se communique par l'introduction dans le canal digestif de la chair des animaux infectés, par l'absorption cutanée, par le contact avec ces mêmes animaux. Le poison ou virus animal qui paraît en être le principe, est tellement fixe et inaltérable, qu'il ne se décompose point, même lorsqu'on a fait bouillir ou griller la viande, ainsi que le prouve le dernier fait que nous avons rapporté.

3° Il importe peu que l'on extirpe les charbons par l'excision ou la cautérisation, ou qu'on les laisse sans y toucher : la fièvre et l'inflammation concomitantes n'en sont point troublées dans leur marche, la durée du traitement nullement abrégée. L'expérience même nous démontre ici que ces moyens violens s'opposent aux efforts curatifs de la nature, et peuvent prolonger la durée de la maladie. Si l'infection a eu lieu par les voies internes, l'excision et la cautérisation sont inutiles; si elle s'est faite d'abord à la surface extérieure, ces moyens ne peuvent être utiles que lorsque les pustules sont encore très-petites, et il est rare que l'on soit appelé à cette époque de la maladie. Les topiques qui ont rendu les plus grands services à M. Wagner, sont les cataplasmes chauds émolliens et ceux de fromage frais, lorsque la plaie était brûlante; il se loue aussi de la poudre de quinquina seule ou mêlée à la poudre de charbon pour saupoudrer cette dernière, depuis le moment de la séparation de l'escarre jusqu'à la cicatrisation. Il est douteux si l'administration à l'intérieur du quinquina et du camphre a été réellement utile, puisque des malades qui n'en avaient point fait usage et qui étaient restés pour ainsi dire sans médicamens, guérirent aussi bien que les autres. Quoi qu'il en soit, et quelque mode de traitement que l'on emploie, le charbon dure ordinairement de quatre à six semaines. Quand les malades meurent, c'est fréquemment pendant un paroxysme fébrile, ainsi que cela est arrivé dans les trois cas funestes sur les quinze qui ont été observés. Lorsque la maladie est à un degré très-léger, et qu'on est appelé à temps, un vomitif la fait souvent avorter. Du lait bu en grande quantité aussitôt après l'ingestion de la substance septique, soulage communément le malade en provoquant des vomissemens.

4° M. Wagner attribue la fréquence des maladies charbonneuses qu'il a occasion d'observer en été dans le cercle de Schweinitz où il pratique la médecine, à la présence d'un grand nombre de mares et de bourbiers d'eaux corrompues qui avoisinent les bords de l'Elter, et qui sont desséchés pendant les grandes chaleurs.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Observations cliniques faites a l'Hôtel-Dieu de Marseille pendant l'année 1833; par Prosper Dor, D.-M., ancien chef interne de cet hôpital.

Des faits du plus haut intérêt se présentent journellement à l'Hôtel-Dieu de Marseille; rapporter ici tous

ceux que j'ai recueillis pendant les trois années de mon chef-internat serait chose impossible; mais en consacrant une description détaillée seulement à ceux qui peuvent offrir les données de quelques vues thérapeutiques nouvelles, et à d'autres qui, entièrement isolés, méritent par leur singularité d'être inscrits dans le livre de la science, et en me livrant ensuite à des considérations générales basées sur l'observation de ceux que l'on rencontre plus fréquemment, j'ai cru pouvoir tracer un tableau qui, pour être plus concis, n'en sera pas moins complet.

Je rapporterai d'abord quelques faits de fièvres typhoïdes traitées par les chlorures, et je dirai de quelle manière l'administration de ce médicament m'a paru devoir être faite pour être suivie d'un effet moins douteux; viendront à la suite deux maladies présentant tous les caractères du typhus, et reconnues seulement par les autopsies cadavériques.

Dans une seconde partie, je m'étendrai sur quelques généralités relatives au traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans une troisième, je parlerai des fièvres intermittentes, et des diverses indications thérapeutiques qu'elles peuvent présenter.

Enfin, je terminerai par un cas d'oblitération de l'intestin avec complication de corps étrangers.

Fièvres typhoïdes.

CÉPHALALGIE, ÉPISTAXIS, DÉLIRE, STUPEUR; AMÉLIORATION MOMENTANÉE SOUS L'INFUENCE DES CHLORURES; RETOUR DU DÉLIRE, SOUBRESAUTS DES TENDONS, DENTS FULIGINEUSES, MÉTÉORISME DU VENTRE. MORT LE NEUVIÈME JOUR: PLAQUES DE PEYER EN PARTIE ULCÉRÉES.

Obs. I. — Cazetti, âgé de vingt-six ans, à Marseille depuis deux mois, chargé de la correspondance italienne dans une maison de commerce, vint à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre 1833. Depuis deux jours il avait été pris de malaise, d'anorexie, de douleurs violentes à la tête; accidens néanmoins qu'il aurait endurés plus long-temps encore avant de réclamer des secours, nous dit-il, s'il n'avait été effrayé par un crachement de sang assez abondant. Interrogé sur ce dernier symptôme, le malade nous apprend qu'il ne s'est manifesté que pendant le séjour au lit, et lors du décubitus sur le dos; que dans le trajet de chez lui à l'Hôtel-Dieu, où il s'est rendu en voiture et assis, le nez lui a saigné abondamment. Il était donc tout naturel de penser que cette prétendue hémoptysie provenait uniquement d'un épistaxis. L'exploration de la poitrine ne nous dénote, en effet, aucune altération morbide, si ce n'est un peu de râle sibilant à la partie postérieure et inférieure des deux côtés.

Figure abattue, exprimant la crainte et le découragement; peau sèche et brûlante; pouls fort et agité; appétit nul, soif modérée; langue pâteuse et collante; épigastre sensible à la pression, ventre ballonné, sonore à la percussion; diarrhée, huit selles par jour; urines chargées, et comme sanguinolentes.

(Diète, saignée du bras de douze onces, cataplasme émollient sur le ventre, limonade).

Le 9, cinquième jour de la maladie, les symptômes se sont exaspérés d'une manière très-intense; délire, stupeur; le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; langue noire et sèche, dents fuligineuses, abdomen douloureux dans toute son étendue, mais surtout à la région iliaque droite, où la pression fait entendre du gargouillement. Carphologie, soubresauts des tendons, contraction involontaire des muscles de la face.

(Le malade est mis à l'usage du chlorure de sodium, quinze grains dans deux livres d'eau; lotions chlorurées; deux demi-lavemens, six grains).

Le 11, septième jour, le mieux est très-apparent; la fièvre typhoïde semble à la période de résolution; les idées sont nettes, les réponses justes, plus de céphalalgie; la langue s'humecte; les lèvres sont moins sèches; on voit dans la bouche des portions de mucus desséché. Néanmoins, il y a encore quelques mouvemens désordonnés, quelques paroles fugaces que le malade se dit à lui-même. La respiration se fait bien; seulement, à la partie postérieure et inférieure du côté gauche, il y a de la matité et quelques bulles de râle crépitant fin.

Le 12, la nuit a été assez tranquille, toujours un peu de délire, six selles dans les vingt-quatre heures. Le corps se couvre d'une éruption de nature particulière, qui a d'abord quelques rapports avec les taches roses lenticulaires, mais qui en diffère ensuite essentiellement: ce sont des boutons presque semblables à ceux de la petite vérole, formant au-dessus de la peau une saillie de deux à trois lignes, parfaitement circonscrits à leur base, et marqués à leur sommet d'un petit point rouge.

(Lotions et lavemens chlorurés, vingt grains par pinte de liquide, pour tisane).

Le 13 au matin, neuvième jour, délire permanent, loquacité; langue sèche, rugueuse; pouls petit, rapide, irrégulier et fuyant sous les doigts; mouvemens continuels des lèvres; mastication. Trois selles; le malade les pousse sous lui. Mort dans la nuit.

Autopsie, vingt-six heures après la mort.

Crâne. Méninges à l'état normal. Cerveau légèrement sablé, mais sans ramollissement ni phlogose appréciables.

Poitrine. Cœur de volume naturel, plein de sang noir, dans lequel se trouvent des caillots mous, que la pression la plus légère suffit pour écraser. Quatre ou cinq onces de sérosité rougeâtre dans la plèvre gauche; poumons gorgés de sang à leur base, le gauche surtout, qui offre dans ce point un commencement d'hépatisation.

Abdomen. Foie moins consistant que dans l'état sain. Rate engorgée, augmentée d'une fois son volume. Gan-

glions mésentériques n'offrant aucune altération appréciable.

Tube digestif. Muqueuse de l'estomac ramollie; celle de l'intestin grêle injectée dans diverses parties de son étendue; à l'extrémité inférieure de l'iléum, à dix pouces du cœcum, se trouvent plusieurs plaques de *Peyer*, au nombre de sept, formant une saillie de deux lignes environ au-dessus du niveau de la surface intestinale; un point d'ulcération de la grosseur d'un pois, à bords arrondis, existait sur l'une de ces plaques; un point noirâtre, offrant un commencement de gangrène, formait le sommet d'une autre. Le gros intestin est sain.

Cette observation offre de l'intérêt sous plus d'un rapport; mais, pour le moment, je n'appellerai l'attention que sur la nature de l'éruption qui s'est manifestée au huitième jour de la maladie. C'est à peu près l'époque assignée par les écrivains de nos jours à l'apparition des taches rosées lenticulaires, taches qui forment presque un des caractères distinctifs de la fièvre typhoïde. Devons-nous regarder cette éruption comme une modification de celle qui est propre à la maladie que nous décrivons, ou la considérer comme de nature essentiellement différente? Je sais que, dans tous les cas de fièvre typhoïde, ces taches se sont montrées uniformes et sans changement particulier; mais les exceptions à une règle générale n'apparaissent quelquefois que très-tard, et force nous est de les noter lorsqu'elles se présentent. Au reste, ce n'est qu'un fait que je relate ici, sans vouloir en tirer de conclusion. J'ai cru devoir m'y arrêter un moment; car si l'observation démontre que cette variété peut se rencontrer, on ne s'en servira pas pour nier l'existence d'une fièvre typhoïde dans certains cas douteux.

Céphalalgie, épistaxis, délire. — Emploi des antiphlogistiques : persistance des symptômes. — Emploi des chlorures : amendement prompt, mais guérison lente.

Obs. II. — Jacquemar, âgé de 15 ans, ouvrier dans une fabrique de noir d'ivoire, fut pris, le 24 août 1833, au milieu de son travail, de douleurs de tête et de vertiges. Rentré chez lui, il se mit au lit et resta dans le repos pendant cinq jours; ne sentant point d'amélioration, il se fit conduire à l'Hôtel-Dieu, où il arriva avec peine, et non sans être soutenu dans sa marche par deux personnes qui l'accompagnaient.

Le nez lui avait saigné trois fois assez copieusement; on voyait encore dans les narines du sang desséché; céphalalgie très-vive, face injectée, langue sèche; anorexie, soif ardente, épigastre sensible, ventre souple, constipation. (Saignée de 12 onces, lavement émollient, limonade.)

Le 30, septième jour de la maladie, insomnie pendant toute la nuit, plaintes continuelles; chaleur à la peau très-vive; pouls médiocrement agité, 80 puls.; langue toujours sèche; ventre ballonné, gargouillement à la fosse iliaque droite; trois selles dans les vingt-quatre heures. (Limonade, cataplasme sur le ventre.)

Le huitième jour, délire, réponses lentes et quelquefois nulles, yeux fixes et immobiles, dents fuligineuses, cinq selles. (Même prescription.)

Le neuvième jour, taches rosées sur la poitrine et l'abdomen; coma; il faut secouer la tête du malade pour lui arracher une réponse; mouvemens convulsifs des muscles de la face, soubresauts des tendons, pouls petit et fréquent, abdomen douloureux à la pression dans toute son étendue; six selles dans les vingt-quatre heures. (On donne le chlorure de sodium en lotions, en lavemens et en boisson, 2 grains par 20 onces d'eau.

La position du malade s'améliore comme par enchantement après les premières doses de ce médicament: tous les symptômes perdent de leur intensité; on le continue néanmoins jusqu'au quatorzième jour, époque à laquelle il survient une toux fréquente accompagnée de crachats muqueux et très-abondans. L'auscultation ne donne à entendre qu'un peu de râle sibilant à la base de chaque poumon. On remplace les chlorures par les adoucissans, et peu à peu la toux se dissipe; mais le malade est encore faible, ses digestions se font avec peine, l'appétit est modéré; du reste, les autres fonctions s'exécutent bien. Enfin, au trente-quatrième jour, le rétablissement est complet. Sortie.

Fièvre typhoïde a sa deuxième période; appareil de symptômes alarmans. — Emploi des chlorures : soulagement prompt; guérison lente.

Obs. III. — Gibelli, âgé de 31 ans, Génois, à Marseille depuis 5 mois, entra à l'Hôtel-Dieu le 21 septembre 1833. Il offrait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde arrivée au second septénaire; nous ne pûmes lui arracher aucun détail sur sa maladie, et nous ne vîmes personne qui nous donnât des renseignemens sur l'époque de l'invasion et sur le genre de médication que l'on avait employé jusqu'alors. Quoi qu'il en soit, le malade, lorsqu'il se présenta à nous, était dans un degré d'adynamie très-avancé, ne répondait pas ou que très-lentement aux questions qu'on lui adressait; la peau était rugueuse, la face terreuse, les dents fuligineuses, la langue sèche, le ventre légèrement ballonné, faisant entendre du gargouillement; les selles liquides. On voyait en outre sur la poitrine et l'abdomen quelques taches rosées, quinze à vingt.

(Eau chlorurée, 10 grains par 20 onces; deux demi-lavemens, lotions, cataplasmes chlorurés.)

Le 23, le malade fut mis dans un bain chlorure; 8 onces de chlorure par bain. Ces moyens sont continués pendant plusieurs jours, et l'amélioration dont ils sont suivis est sensible.

Le 25, il est survenu de la surdité. Je vois le malade deux heures après sa sortie du bain; la peau est souple, le pouls régulier et presque naturel, la langue humide, le ventre très-souple, la face légèrement colorée, le cerveau entièrement libre; la surdité persiste.

Les jours suivans, on permet quelques bouillons très-légers, tout en continuant l'usage des chlorures; ce-

pendant les progrès vers la guérison sont lents; la langue est redevenue sèche, les dents fuligineuses; décubitus sur le dos; gémissemens par intervalles.

Le 1er octobre, vers le soir, il y a de l'agitation; chaleur vive à la peau, pouls plein et rapide, langue sèche, épigastre sensible, diarrhée; huit selles dans les vingt-quatre heures.

Le 2, il survient des vomissemens. (On suspend les chlorures; tisane de mauve, looch opiacé.)

A partir de ce moment, le mieux s'établit d'une manière définitive, et le malade marcha vers la guérison; mais lentement, et en conservant une très-grande sensibilité du côté de l'estomac jusqu'à l'époque de sa sortie, le 22 octobre.

Fièvre typhoïde; cortège de tous les symptômes les plus tranchés. — Emploi des toniques : pas de changemens notables. — Usage des chlorures : amélioration prompte; retour a la santé lent.

Obs. IV. — Lamy, âgé de 11 ans, natif de Marseille, constitution faible, vint à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1833. Il était malade depuis trois jours, avait souffert d'abord de céphalalgie sus-orbitaire, de tournoiemens de tête, et avait rendu quelques gouttes de sang par le nez sans qu'il y eût eu, à proprement parler, épistaxis. La maladie s'établit d'une manière franche et se montra avec tous ses symptômes jusqu'au 1er septembre, dixième jour. Les toniques furent mis en œuvre jusqu'à cette époque, sans qu'on pût apprécier un changement quelconque opéré par cette classe de médicamens, seulement peut-être un peu plus de sensibilité après leur ingestion dans la région épigastrique. Alors aussi la médication fut changée, et l'on eut recours aux chlorures. Observons que l'adynamie était à une période très-avancée; cris plaintifs continuels, émaciation générale, joues creuses, yeux caves et entourés d'un cercle noir, décubitus sur le dos; dents fuligineuses, langue sèche et noirâtre, épigastre sensible, ventre ballonné, gargouillement, diarrhée, huit selles dans les vingt-quatre heures; taches rosées lenticulaires sur la poitrine et l'abdomen en petite quantité, dix à douze. (Eau chlorurée en lavemens, en lotions, sur un cataplasme, et en tisane, 10 grains par 20 onces d'eau distillée.)

Le lendemain, onzième jour, les symptômes commencent à s'amender; le changement survenu dans l'ensemble des phénomènes est trop évident pour qu'on ne doive pas naturellement l'attribuer à l'effet du remède employé la veille; les traits de la face sont moins tiraillés, les yeux moins ternes, la langue plus humide; les dents et les lèvres se dépouillent de l'enduit noirâtre qui les recouvrait; la sensibilité à l'épigastre et à l'abdomen est bien moindre; la chaleur à la peau est naturelle, le pouls régulier.

Les chlorures sont continués, en augmentant chaque jour la dose de 2 grains, jusqu'au 8 septembre; mais, après l'amélioration subite dont les premières prises ont été suivies, on ne saurait reconnaître d'effet avantageux produit par eux. La convalescence marche d'une manière très-lente; il survient de la toux avec expectoration muqueuse très-abondante; l'auscultation n'indique que du râle sibilant. (On permet quelques alimens légers.)

Le 25, le malade est encore très-faible; l'émaciation est poussée à un point extrême; appétit presque nul, ventre creux; diarrhée; dix selles dans les vingt-quatre heures. (Tisane de colombo et conserve de cynorrhodon.)

Les premiers jours d'octobre, le bien s'établit d'une manière franche, et le malade sort le 30 en parfaite santé, plus de deux mois après son entrée.

En citant ces cas de fièvre typhoïde, je n'ai pas eu l'intention de faire l'histoire de cette terrible maladie qui, malgré le savoir des praticiens les plus exercés, fait encore tant de ravages; je ne saurais à ce sujet rien ajouter à ce qu'ont dit les auteurs de nos jours, à ces savantes monographies écrites au lit du malade et tracées avec une vérité que l'observation confirme tous les jours; j'ai voulu seulement me livrer à quelques considérations sur l'emploi des chlorures, et faire connaître une particularité de leur administration qui n'a été signalée par personne encore. M. Chomel s'est déjà livré à des recherches assez nombreuses relatives à l'emploi de ce médicament, recherches consignées dans ses *Leçons de clinique médicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il ne regarde pas comme suffisant encore le nombre de cas où il l'a expérimenté pour en tirer des conclusions, et il fait en ce moment de nouveaux essais. Cette réserve de la part d'un médecin aussi éclairé m'empêchera de me prononcer à l'égard de ce moyen thérapeutique, malgré le nombre de faits que j'ai par devers moi; mais je ne tairai pas une circonstance qui m'a frappé, et de laquelle peuvent découler des applications pratiques d'un avantage réel. Le chlorure de sodium, donné à une période avancée de la fièvre typhoïde, a une action que l'on ne saurait contester, et dans tous les cas cette action se manifeste dans moins de vingt-quatre heures; que si on l'administre dès le début de la maladie, lors de l'apparition des premiers symptômes, la fièvre suit son cours et ne paraît nullement enrayée dans sa marche. En s'arrêtant aux observations que j'ai citées, on voit que le chlorure a été suivi d'un effet prompt; un amendement bien prononcé dans les symptômes a été le résultat de son administration. J'ai observé le même phénomène dans beaucoup d'autres cas; c'est pourquoi je ne crains pas de le présenter comme constant, et de le soumettre à l'attention des praticiens. Qu'on ne s'imagine pas que le chlorure agit ici à la manière des excitans en général, et que toute son action se borne à secouer en quelque sorte l'organisme tombé dans un état de torpeur. Pour celui qui a vu administrer à cette même période des fièvres typhoïdes les médicamens excitans proprement dits et le chlorure de sodium, la différence est grande. Donnez le camphre, le musc, l'acétate d'ammoniaque, etc., rarement vous provoquez un changement appréciable ou d'une conséquence avantageuse; donnez le chlorure, mais donnez le avec réserve, et toujours ou presque tou-

jours vous modifierez l'aspect des symptômes; vous porterez atteinte en quelque sorte à cet état de stupeur, à cet aspect du facies qui est, pour ainsi dire, le cachet de la maladie; et si les désordres déjà produits, si les altérations organiques ne sont pas au-dessus des efforts réunis de la nature et de l'art, la guérison aura lieu. Ce que j'avance ici est fondé sur l'observation, à tel point que je ne craindrais pas de regarder le chlorure de sodium, administré à cette époque des fièvres typhoïdes, presque comme un spécifique. Mais il faut observer de ne pas en continuer l'usage trop longtemps, car il deviendrait nuisible. L'organisme cesse, à vrai dire, d'être impressionné par le principe essentiellement actif du médicament; et le tube digestif trop fortement stimulé, il en résulte une diarrhée qui, rebelle aux divers moyens thérapeutiques, affaiblit peu à peu le malade, et l'emporte dans le dernier degré d'épuisement, ou rend très-longue la convalescence.

Ainsi donc, pour me résumer, je dirai que le chlorure de sodium est réellement avantageux dans les fièvres typhoïdes; que son action est évidente, surtout au commencement ou vers le milieu du second septenaire; mais que l'on ne doit le donner que pendant un ou deux jours, le remplacer par les délayans, et le reprendre ensuite après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle, comme on prescrit de le faire à l'égard des préparations d'iode dans le traitement des scrophules.

La fièvre typhoïde se dénote ordinairement à l'extérieur par des symptômes si tranchés, qu'on ne saurait s'y méprendre; le premier aspect suffit pour porter le diagnostic; cependant il est des cas entourés de plus d'obscurité, et par lesquels on peut facilement être induit en erreur; le praticien le plus exercé s'y trompe.

ACCOUCHEMENT A TERME DE DEUX JUMEAUX; MÉTRITE; SUPPRESSION DES LOCHIES; SYMPTÔMES DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — MORT LE DOUZIÈME JOUR; TUBE DIGESTIF A L'ÉTAT NORMAL.

Obs. V. — Marianne Gautier, âgée de 40 ans, est accouchée le 22 juin 1833 de deux fœtus à terme morts; la circulation placentaire et les battemens du cœur des deux jumeaux avaient pu être entendus jusqu'au sixième jour avant l'accouchement. Ils cessèrent à cette époque, et depuis, la mère éprouva des douleurs dans la région hypogastrique; de légères hémorrhagies apparurent aussi par la vulve jusqu'au moment où la délivrance eut lieu. L'accouchement fut long; les enfans arrivèrent au bout de trente six heures, déjà dans un commencement de décomposition; les eaux de l'amnios, en petite quantité d'ailleurs, étaient de couleur brunâtre.

Le troisième jour, des douleurs vives se manifestent du côté de l'utérus, le ventre se ballonne et devient sensible à la pression. On craint le développement d'une métro-péritonite. Soixante sangsues sont appliquées en deux fois à la région hypogastrique. Les douleurs disparaissent, mais les lochies se suppriment, et l'on voit en même temps apparaître tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, sans aucun trouble néanmoins des facultés intellectuelles. La malade, très-irascible et d'un mauvais caractère, ne pouvant se supporter avec les élèves sage-femmes, fut, de l'hospice de la Maternité, transférée à l'Hôtel-Dieu. Arrivée le 1er juillet, le neuvième jour de l'accouchement, et le sixième de la nouvelle affection dont elle paraissait atteinte, elle nous présenta les signes suivans:

Peau ruguense; pouls petit, agité; pommettes colorées; dents fuligineuses; langue noire et sèche; ventre souple; hypogastre sans douleur, même à la suite d'une pression forte; diarrhée; pertes utérines nulles; faiblesse générale; décubitus sur le dos; cris plaintifs; facultés intellectuelles parfaitement saines, mais réponses lentes.

(Diète, limonade, crême de riz.)

Le lendemain, même appareil de symptômes; pas de changement notable.

Le 3 juillet, huitième jour, coma profond, délire, soubresauts des tendons; pouls petit, misérable et fuyant sous le doigt; épigastre sensible; point de taches rosées; oppression forte. L'auscultation et la percussion ne font reconnaître qu'un peu de ronchus dans les deux côtés de la poitrine, et moins de netteté dans le bruit respiratoire à la partie postérieure et inférieure. Le soir, l'état de la malade est plus grave encore; dix selles dans les vingt-quatre heures, rendues dans le lit; peau froide; pouls presque nul. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude générale. Maigreur extrême; ventre souple; tumeur à la région hypogastrique formée par la matrice.

Il s'écoule par le vagin un liquide sanieux et fétide.

Crâne. Le cerveau et les méninges sont à l'état sain.

Poitrine. Quelques adhérences anciennes unissent les deux feuillets de la plèvre du côté gauche. Les deux poumons sont libres de tubercules et de dépôts purulens. Leur base et leur partie postérieure sont le siége d'une congestion sanguine.

Abdomen. La cavité pelvienne contient quelques onces de sérosité légèrement brunâtre; pas de traces d'ailleurs d'inflammation péritonéale. La matrice, encore volumineuse, a de 7 à 8 pouces de long sur 5 ou 6 de large; ses parois sont épaisses et molles; sa membrane interne est d'un noir grisâtre, présentant des mamelons rapprochés et fendillés, desquels on fait suinter, par la pression et à l'aide du scalpel, une sanie noirâtre, d'une odeur repoussante. Cette altération s'étend à deux lignes dans l'épaisseur des parois; elle offre un degré de plus de profondeur dans un point de la face postérieure de l'utérus, endroit probable de l'insertion du placenta. En comprimant la matrice, on fait sortir des gouttelettes d'un sang noir des orifices utérins, sans que l'on puisse reconnaître une altération de sa composition. Il n'existe du pus dans aucune partie.

Le tube digestif est sain dans toute son étendue; on trouve seulement quelques arborisations sur diverses parties de l'intestin grêle; point de plaques de Peyer, point d'ulcération.

Le foie et la rate sont sains.

LASSITUDE, CÉPHALALGIE, ÉPISTAXIS, DÉLIRE, STUPEUR, ETC. — MORT LE QUINZIÈME JOUR. — SUPPURATION DU REIN GAUCHE; DÉPÔT DE MATIÈRES CALCAIRES TOUT AUTOUR DE LA FACE INTERNE DE LA VESSIE.

Obs. VI. — V. Marie, âgée de 18 ans, domestique, est prise de douleurs de tête, de lassitude générale, d'anorexie et d'insomnie; elle reste trois jours dans cet état, continuant ses occupations, et surmontant la peine qu'elle y éprouve; mais, inquiétée de voir que sa position ne s'améliorait pas, elle vient à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1833, quatrième jour du début de la maladie.

Symptômes. Pouls fort et agité; céphalalgie sus-orbitaire violente; conjonctives injectées; face colorée; langue rouge à ses bords, pâteuse et collante à sa base; épigastre sensible; ventre souple, donnant du gargouillement à la pression; constipation; anorexie; soif vive.

Prescription. Saignée de bras de 12 onces, limonade, lavement émollient; le caillot est recouvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur environ.

Le cinquième jour, la céphalalgie est moins vive.

Le sixième jour, il survient une hémorrhagie nasale très-abondante, qui se répète la nuit et les trois jours qui suivent avec une intensité égale, de 7 à 8 onces au moins à chaque fois. Les réfrigérans sont placés sur la tête; limonade à la glace pour boisson.

Le dixième jour, la prostration des forces est à un degré très-élevé; décubitus sur le dos; pouls irrégulier et facile à déprimer; dents fuligineuses; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre; ventre ballonné, sonore à la percussion; diarrhée; cinq selles dans les vingt-quatre heures.

Eau de riz, deux demi-lavemens, fomentations émollientes sur le ventre.

Le onzième jour, la nuit précédente a été très-agitée; plaintes continuelles, cris, délire fugace; plus tard, assoupissement, soubresauts des tendons, carphologie, tumeur à la région hypogastrique, depuis la symphyse du pubis jusqu'à l'ombilic, donnant un son mat, et la sensation d'une fluctuation obscure; la malade n'avait pas uriné depuis quinze heures; on la sonde: l'urine est chargée, mais ne forme aucun dépôt, et ne paraît pas contenir la moindre trace de corps étrangers; toutes les autres fois elle est limpide et claire, surtout lorsqu'on ne l'a pas laissée séjourner trop long-temps dans la vessie.

Les jours suivans, les symptômes vont en s'agravant, et, le quinzième, la mort arrive dans le dernier état de faiblesse et de stupeur.

AUTOPSIE, VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

Habitude générale. La complexion du corps est forte; l'embonpoint n'est pas très-altéré; le ventre est ballonné.

Crâne. Les méninges sont à l'état sain; la pie-mère semble seulement un peu plus colorée que de coutume; la substance du cerveau est sablée.

Poitrine. Les poumons n'offrent point d'altération. Le cœur, de grosseur normale, est mou; ses cavités droites contiennent du sang noir sous forme de caillots diffluens.

Abdomen. Le tube digestif a sa longueur et son volume naturels; la muqueuse de l'estomac présente quelques arborisations vers le grand cul de sac, sans ramollissement d'ailleurs; tout le tube intestinal est sain; il n'existe pas la moindre trace d'altération pathologique.

Le rein gauche est plus gros que le droit; la portion du péritoine qui le tapisse est opaque, blanchâtre: dans l'intérieur de cet organe, on trouve plusieurs dépôts purulens, les uns isolés, les autres communiquant entre eux, et presque tous s'ouvrant dans le bassinet; celui-ci a une extension plus grande, et l'uretère correspondant a un volume quatre fois plus fort que celui du côté opposé; mais son calibre est presque entièrement oblitéré, ce développement tenant à une infiltration de ses parois.

La vessie est revenue sur elle-même; ses parois sont épaisses, et toute sa face interne est tapissée d'une couche d'urate de chaux de couleur grisâtre; à l'aide du scalpel, on l'enlève par plaques plus ou moins larges et toutes d'une épaisseur égale, une ligne et demie à deux lignes. Au-dessous de cette couche inorganique, la muqueuse est saine et sans apparence d'inflammation.

En comparant entre eux ces deux derniers faits, et en les rapprochant de ceux bien constatés de fièvre typhoïde, on ne peut s'empêcher de reconnaître une analogie réelle entre la nature des symptômes et l'ordre de leur succession. Cependant, si nous remarquons que la malade qui fait le sujet de la première observation, était dans un état puerpéral; que la seconde, arrivée jusqu'au quinzième jour, n'a point présenté d'éruption de taches rosées lenticulaires, on sera peut-être en droit de prétendre que l'erreur de diagnostic pouvait ne pas être commise. L'assertion serait vraie et en dehors de toute objection, s'il était prouvé que l'état puerpéral est un préservatif de la fièvre typhoïde, et que l'éruption des taches ne manque jamais. Quoi qu'il en soit, l'absence complète des plaques de Peyer et des lésions des follicules intestinaux, de plus, l'existence d'altérations pathologiques se rencontrant sur d'autres parties de l'organisme, viennent nous démontrer qu'il est des maladies essentiellement différentes de l'affection typhoïde, qui s'en rapprochent par plusieurs points de contact.

Quel est donc le caractère à l'aide duquel nous pourrons établir un diagnostic positif? Dans les cas dou-

teux, la chose sera impossible si la maladie s'est terminée par le retour à la santé, et il faudra s'en tenir à des probabilités plus ou moins fortes; mais, dans le cas contraire, les autopsies cadavériques dissiperont tous nos doutes : les lésions des follicules intestinaux sont-elles nulles, il n'y a pas eu fièvre typhoïde (1); rencontre-t-on les plaques de Peyer, l'altération des follicules agminés, celle des follicules isolés, prononcez-vous sans réserve, lors même que les symptômes se sont présentés d'une manière peu franche, et n'hésitez pas à dire qu'il y a eu fièvre typhoïde, après avoir toutefois apprécié la nature des lésions, et les avoir distinguées de celles qui se présentent dans la phthisie, dans la scarlatine, et à la troisième période du choléra.

Mais, s'il en est ainsi, devra-t-on dire que ces lésions intestinales sont la cause essentielle de la maladie, la source, le point de départ de tous les symptômes? Je suis loin d'embrasser une semblable opinion; le peu de rapport qui existe si souvent entre la gravité de la maladie et l'étendue de ces lésions, serait déjà une preuve assez concluante du contraire; si, de plus, nous remarquons que le cachet des fièvres typhoïdes se rencontre dans des maladies de nature différente, et indépendamment des lésions des follicules, force nous sera d'attribuer ce groupe de symptômes à d'autres altérations. Je ne préjugerai rien à cet effet, mais il me suffira de dire que les lésions des follicules intestinaux dans la fièvre typhoïde sont comme les boutons à la peau dans la variole, les plaques rouges dans la scarlatine, etc.

Phthisie pulmonaire.

Dans les cas de phthisie pulmonaire, tous les efforts du praticien ne peuvent tendre, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'à reculer l'époque d'une mort inévitable, à avoir recours à des moyens purement palliatifs dans le but de calmer les souffrances du malade, et de tromper en quelque sorte les douleurs qu'il éprouve. Cependant cette maladie est elle réellement au-dessus des ressources de l'art, et n'existe-t-il pas la thérapeutique de moyens qui, combinés avec les efforts de la nature, puissent en triompher? Pour les médecins physiologistes, qui regardent l'affection tuberculeuse des poumons comme le produit de l'inflammation, le traitement sagement administré des phlegmasies chroniques doit seul être mis en œuvre; on compterait, suivant eux, de nombreux succès par ce genre de médication; je ne les contesterai pas; mais je dirai que, toutes les fois que je l'ai vu employer, le seul effet qui m'a paru en résulter, c'est un amendement dans les symptômes qui indiquaient une complication inflammatoire; et sous ce rapport je ne craindrai pas d'avancer que la terminaison fatale a pu être retardée; mais dans aucun cas je n'ai observé la guérison réelle d'une phthisie pulmonaire bien caractérisée.

Pour les médecins qui croient à l'existence d'un spécifique pour toutes les maladies, il en est un aussi contre celle dont nous parlons, et qui fait tant de ravages sur toutes les parties du globe : conséquens avec leurs croyances, ils font des recherches dans ce but, et rarement se passe-t-il une année sans que nous voyions jeter dans le monde médical une découverte appuyée souvent d'un grand nombre d'observations, et riche toujours de promesses. Leurs intentions sont louables, sans doute, et la société leur en doit de la reconnaissance; mais ils devraient se garder davantage d'une confiance trop crédule.

Je ne parlerai pas ici du sulfate de quinine, à qui l'on a accordé d'une manière bien gratuite la faculté de guérir la phthisie pulmonaire. Qu'il ait servi dans quelques cas à prévenir des frissons à type intermittent régulier, comme ils se manifestent assez généralement, l'observation le montre tous les jours; M. Louis l'a expérimenté aussi, et les résultats qu'il en a obtenus sont consignés dans ses Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie.

Je ne dirai rien non plus du chlorure de chaux aspiré à l'aide d'un tube, des feuilles de belladone fumées en guise de tabac, et d'une foule d'autres moyens introduits dans la thérapeutique comme de vrais spécifiques, et dont la raison a fait justice depuis longtemps; je les ai vu tous employer, et je dois avouer que je n'ai jamais remarqué qu'il en résultât un avantage réel.

Il est encore un genre de médication moins connu dans la science, et qui date d'une époque moins éloignée; je veux parler du traitement de M. J. Wittis. Ce médecin présente un relevé de 120 malades atteints de phthisie à la première, à la seconde et à la troisième période, et tous parfaitement guéris. Le traitement qu'il a mis en œuvre est remarquable par sa simplicité. Il compose une potion avec 6 onces d'infusion de sureau et 3 grains de tartre stibié à prendre à la dose d'une cuillerée matin et soir; la tisane, dite hydrogala, est faite d'un tiers de lait sur deux tiers d'eau.

J'ai recueilli trente-sept observations de phthisie traitée par cette méthode à l'Hôtel-Dieu de Marseille; j'ai noté jour par jour les phénomènes qui se manifestaient, et j'y ai apporté la plus scrupuleuse attention. Eh bien? je dois à la vérité de dire que je n'ai pu, dans aucun cas, lui attribuer non-seulement une guérison, mais même un amendement dans les symptômes, un soulagement passager; tandis que les diverses complications qui se présentent en général dans le cours de cette maladie, hémoptysie, douleur pleurétique, péripneumonie, sueurs nocturnes copieuses, etc., étaient combattues avec succès par les moyens qu'indique M. Louis.

---

(1) Nous ne saurions laisser passer une semblable opinion, qui ferait consister la fièvre typhoïde essentiellement dans la lésion des follicules intestinaux. Nous avons eu nombre de fois occasion d'établir que la fièvre typhoïde est une affection générale, existant par elle-même, dont les lésions intestinales ne sont qu'une simple complication, assez fréquemment même sujette à manquer. *N. du R.*

Des frictions faites avec l'huile de croton tiglium au-dessus des clavicules, lorsqu'elles étaient suivies d'une éruption confluente, ont ralenti quelquefois la marche de la maladie ; mais une fois la première impression qu'elles produisaient passée, la désorganisation pulmonaire suivait son cours.

Pour les sueurs, l'agaric blanc, sous forme de pilules, a pu être substitué avec avantage à l'acétate de plomb ; son action m'a paru plus prompte et plus souvent efficace.

La diarrhée a dans presque tous les cas été arrêtée par l'emploi de pilules faites avec un grain de digitale en poudre et d'ipécacuanha torréfié, au nombre de dix dans les 24 heures ; mais rarement ce remède agissait lorsque le malade était arrivé à deux ou trois jours de la terminaison fatale, que l'on pouvait pronostiquer en quelque sorte par ce seul symptôme.

Il résulte de tous ces faits que j'ai recueillis dans le service de M. Sue, que la mort a toujours été la fin de la maladie, et que dans aucun cas ces médicamens nouveaux, ces prétendus spécifiques, n'ont répondu aux propriétés que leur attribuaient leurs prôneurs ; j'ai donc eu la triste consolation de faire dans tous les cas les autopsies cadavériques, et de vérifier toute l'exactitude des faits énoncés par M. Louis.

Quand on songe que le midi de la France et les bords de la mer sont des lieux désignés par les auteurs et conseillés par les praticiens aux malades atteints de phthisie, on a lieu de s'étonner qu'il y ait à Marseille un aussi grand nombre de personnes affectées de cette maladie. Les salles de l'Hôtel-Dieu en contiennent toute l'année, terme moyen, de 15 à 20 chez les femmes, et de 10 à 15 chez les hommes ; le chiffre serait bien plus fort encore si des préjugés ridicules, si une fausse honte n'éloignaient des hospices la plupart des indigens, qui y trouveraient avec plus de profusion que chez eux, des soins qu'une administration éclairée leur fait prodiguer avec largesse. Aussi le service des dispensaires compte beaucoup de phthisiques, et dans la classe aisée on n'en trouve pas un nombre moindre. Où donc chercher la cause d'une telle fréquence, malgré les prétendus avantages de notre situation topographique ? Je crois la trouver dans les conditions atmosphériques elles-mêmes. Le ciel de Provence est beau, sans doute, comme le disent les poètes et comme on le répète si souvent encore ; mais une circonstance qui ne doit pas échapper à l'observation du médecin, c'est le peu d'uniformité qu'il y a généralement dans la température. En été, au milieu des chaleurs les plus fortes, il s'élève bien des fois avec impétuosité un vent frais, que les gens du Midi savent durer ordinairement trois jours ; en hiver, ces passages brusques du chaud au froid sont bien plus manifestes encore et bien plus fréquens, lorsque le thermomètre, qui était à un et deux degrés au-dessous de zéro, s'élève à douze et seize vers le milieu du jour.

Que si on ne trouve pas dans ces influences atmosphériques une raison suffisante du développement de la phthisie, j'indiquerai encore le genre de nourriture, formée surtout d'alimens excitans ; l'usage abusif des bains de mer, les efforts de la natation et la gêne qui en résulte pour les fonctions respiratoires, et bien d'autres causes encore. Mais est-ce à dire pour cela que l'affection tuberculeuse est une conséquence immédiate de ces diverses impressions ressenties par l'organisme ? Je suis loin d'avancer une pareille assertion ; je reconnais avant tout une prédisposition, une modification, particulière de la constitution, qui peut être congéniale ou acquise.

Fièvre intermittente.

Toutes les fièvres intermittentes doivent-elles être traitées par le sulfate de quinine ou les médicamens antipériodiques ? Fort de l'observation clinique, je ne crains pas de répondre par la négative. Ce n'est pas que, généralement parlant, je considère l'administration des préparations de quinine comme pouvant donner lieu à des accidens, quelque légers qu'ils soient ; mais je crois plus avantageux, dans beaucoup de cas, d'avoir recours aux émissions sanguines, et dans d'autres de laisser agir la nature, qui se charge de tous les frais de guérison. Je m'appuie en cela sur la pratique de M. Pinel, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Marseille, au service duquel j'ai été attaché pendant trois ans. Les fièvres intermittentes sont assez fréquentes chez les soldats en garnison à Marseille ; et, sur un mouvement de cent dix à cent trente malades, quinze à vingt en sont ordinairement affectés. Placé dans des conditions aussi favorables, je me suis instruit de l'expérience d'un praticien aussi éclairé que bon, auquel je rends avec plaisir un tribut de reconnaissance et de respect. Sa thérapeutique est riche de documens nouveaux, dégagés de toute idée systématique préconçue, et recueillis au lit même du malade ; c'est avec assurance que j'en fais connaître quelques parties.

1° La fièvre intermittente est-elle récente, c'est-à-dire exist-t-elle depuis une dizaine de jours environ, si le dernier accès a été moins fort que les précédens, elle guérira d'elle-même et sans aucune médication.

2° Si le dernier accès a été plus fort que les précédens, les autres seront prévenus à l'aide du sulfate de quinine ou d'une saignée du bras. On préférera le sulfate de quinine toutes les fois que l'individu sera d'une constitution médiocre, que rien n'indiquera un état de pléthore ; on aura recours, au contraire, aux émissions sanguines toutes les fois que l'individu sera fort, robuste et pléthorique.

3° Enfin, la fièvre intermittente est-elle ancienne, s'accompagne-t-elle de débilité, de maigreur, de délabrement de la constitution, comme on l'observe chez les militaires venant d'Alger, c'est encore le sulfate de quinine qu'il faudra employer, mais associé avec les amers, les toniques légers, les ferrugineux, tant qu'il n'existera pas de phlegmasie chronique du tube digestif qui s'y oppose.

La saignée est faite une heure avant l'accès ; dans tous les cas indiqués, je l'ai vue suivie d'un succès complet.

Le sulfate de quinine est donné d'abord à la dose de

50 centigrammes divisés en trois pilules, à prendre douze heures avant l'accès, de demi-heure en demi-heure; on diminue chaque fois de 5 ou 10 centigrammes, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à 15, qui forment la dernière prise. Jamais ou presque jamais ce mode d'administration n'a manqué son effet, tant que la fièvre intermittente était simple, qu'elle ne tenait à aucune complication interne.

Quelque facile que soit en lui-même le traitement des fièvres intermittentes, on ne saurait encore y apporter trop d'attention; les indications à remplir ne sont pas les mêmes dans tous les cas; les apprécier à leur juste valeur, les saisir au moment qu'elles se présentent, *comme la balle au bond*, qu'on me pardonne l'expression, voilà ce qui constitue le médecin. — Un voltigeur, âgé de vingt-cinq ans, atteint de fièvre intermittente quotidienne depuis trois jours, est amené à l'Hôtel-Dieu et couché au n° 4, de la salle 10; il était d'une constitution forte d'un tempérament sanguin. La rémission était complète au moment de la visite; deux accès avaient eu lieu à sept heures du soir, le dernier avait été plus fort que le précédent; une saignée est prescrite pour six heures : elle est oubliée; l'accès arrive; une congestion se fait vers le cerveau. Des émissions sanguines sont vainement employées après; le malade succombe dans quarante-huit heures. Croira-t-on que si ce malheureux avait été saigné, le même phénomène se fût manifesté? Je ne le pense pas. Croira-t-on que si le sulfate de quinine eût été administré; l'accès n'aurait pas eu lieu? c'est possible, mais j'en doute. L'indication était une; elle n'avait pas échappé à l'expérience de M. *Pinel*.

Il n'est rien de petit en médecine : cet aphorisme, qui est vrai aussi en chirurgie, est d'une application journalière. Combien ne voit-on pas venir dans les hôpitaux de personnes qui, au premier aspect, ont l'affection la plus légère, une indisposition de peu de valeur, et qui, au bout de deux ou trois jours, tombent gravement malades? Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, d'avoir observé le début de certaines pneumonies; de quelques phlegmasies du foie qui travaillent sourdement, font ensuite irruption et se dénotent par des désorganisations déjà profondes et très-étendues. N'est-ce pas la marche que suivent presque toutes les phlegmasies de la peau? elles sont précédées par ce qu'on appelle la période d'incubation, qui est caractérisée par un léger mouvement fébrile, par un sentiment de malaise et de lassitude, etc. Prédirez-vous à ces symptômes l'apparition de la maladie qui couve? Jamais, si vous n'avez quelque raison de la soupçonner, s'il n'existe déjà une épidémie. Il n'est pas, à mon idée, de maladie plus insidieuse sous ce rapport que l'inflammation des méninges et du cerveau : le plus souvent, en effet, elle débute par une céphalalgie légère, à laquelle on est porté à faire peu d'attention, parce qu'on la croit purement nerveuse ou sympathique des premières voies; vous ne voyez rien d'alarmant dans les symptômes, pas d'indication précise à remplir, et vous attendez; mais pendant ce temps, le mal travaille; la fluxion se fait vers les organes encéphaliques, et vous ne pouvez plus l'arrêter; vos efforts seront vains, la congestion s'est produite, la malade succombera si elle est trop forte; dans le cas contraire vous en triompherez après avoir passé par des dangers plus ou moins graves; tout ce que vous pouvez espérer de faire encore, c'est d'empêcher une nouvelle congestion.

Que si vous voulez éviter d'être induit plus souvent en erreur, arrêtez vous long-temps auprès de votre malade, interrogez-le avec attention, multipliez vos demandes, passez en revue toutes les fonctions, mais prolongez surtout l'examen de la face : voyez les yeux, assurez-vous de l'état des conjonctives, et ne laissez pas échapper une injection de peu d'apparence au premier abord. Ensuite, un point qu'il est de la plus haute importance d'éclaircir, c'est, dans le cas où il y a céphalalgie, de savoir si le mal de tête n'est pas plus fort dans un moment que dans le reste de la journée : cette image de rémittence manque rarement d'accompagner une affection cérébrale commençante; sachez aussi si ce redoublement a été plus fort à la dernière fois que ceux qui l'ont précédé : et si tous ces signes existent, l'indication à remplir est devenue précise : faites une saignée, non pas à une époque indéterminée, mais bien une heure avant celle du redoublement; c'est moins d'enlever du sang qu'il s'agit que de prévenir cette forme d'accès pendant lequel surtout s'opère la congestion.

TUMEUR MOBILE, DURE, BOSSELÉE, DANS LA RÉGION ILIAQUE DROITE; ABSENCE DE DÉJECTIONS ALVINES; PÉRITONITE; MORT. — OBLITÉRATION DE L'INTESTIN AU NIVEAU DE LA VALVULE ILÉO-COECALE; POCHE VOLUMINEUSE FORMÉE DANS CE POINT AUX DÉPENS DE L'ILÉUM, CONTENANT 92 BALLES DE PLOMB et 120 NOYAUX DE PRUNES.

OBS. VII. — Lami, âgé de 32 ans, vint à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1833; il était malade depuis un mois, et se plaignait de douleurs dans le ventre; il avait des nausées continuelles, des vomissemens, et ne rendait qu'après beaucoup d'efforts, par le rectum, des matières liquides légèrement colorées; il ne pouvait assigner aucune cause appréciable à sa maladie; il portait d'ailleurs avec lui l'empreinte d'une affection morale profonde, ne répondait que lentement aux questions qu'on lui adressait, ou que par des monosyllabes et avec humeur.

Le pouls est à l'état normal; les facultés intellectuelles paraissent entièrement libres; la respiration n'offre aucune altération; la langue est naturelle; l'épigastre sans douleur; on reconnaît seulement un empâtement assez considérable à la partie moyenne de l'abdomen, où le son est un peu mat; les matières rendues sont liquides, jaunes et mal liées. Ces symptômes, rapprochés, de la constitution du malade, qui est amaigrie, détériorée, font croire à l'existence d'une affection des vaisseaux chylifères et des glandes mésentériques. (Bain entier, décoction blanche de Sydenham, eau ferrée, lavement émollient.)

Le malade resta ainsi quinze jours sans offrir le moindre changement dans sa position ; il ne se manifesta aucun vomissement, mais toujours même empâtement à l'abdomen, même difficulté d'aller à la selle, mêmes déjections.

Il veut sortir le 2 février, et rentre trois jours après ; il offrait, plus que les jours précédens, à la région iliaque droite, et en se rapprochant de l'ombilic, une tumeur de grosseur moyenne, inégale, bosselée, se mouvant en totalité sous les efforts de la main. Cette circonstance vint confirmer en quelque sorte le diagnostic primitif ; et on ne douta plus de l'existence d'une affection tuberculeuse des glandes mésentériques. Je le répète, la respiration s'exécutait normalement ; la percussion, pas plus que l'auscultation, n'indiquaient un état morbide des poumons. (Frictions avec une pommade iodurée sur l'abdomen, iode à l'intérieur, eau ferrée, lavement émollient.)

Le 10 février, la tumeur a acquis un volume triple de celui qu'elle avait la veille ; elle est toujours dure, inégale, mais moins mobile ; les manœuvres exercées par plusieurs mains pour l'explorer réveillent de la douleur. Les efforts de défécation sont extrêmes pour rendre quelques matières muqueuses analogues à celles des premiers jours de la maladie. (Mêmes prescriptions.)

Le 15, la sensibilité est très-vive dans tout l'abdomen ; l'application de la main sur la tumeur ne peut être supportée ; vomissemens, pouls petit, concentré et rapide ; face grippée ; le malade est dans un état de frayeur et d'anxiété qu'il décèle par des cris et par des mots entrecoupés qui semblent n'avoir aucune suite ; il parle de balles, de mort ; on le croirait dans le délire, si, sous d'autres rapports, les facultés intellectuelles ne paraissaient réellement intactes. (Tisane de mauve, potion avec le sirop diacode.)

Le lendemain la péritonite a acquis un degré très-élevé d'intensité ; il n'y a pas un moment de calme. Mort dans le jour.

Autopsie 26 heures après la mort.

Quinze à dix-huit onces d'un liquide rougeâtre dans la cavité péritonéale ; fausses membranes de formation récente se déchirant avec facilité ; en un mot, toutes les lésions morbides d'une péritonite aiguë. Dilatation énorme de l'intestin grêle ; diminution bien marquée du calibre du colon et du rectum ; à la fin de l'iléon et à sa jonction avec le cœcum, il existe une poche du volume d'une tête de fœtus, qui s'est déjetée à gauche vers l'ombilic, et recouverte par la masse de l'intestin grêle ; des adhérences, les unes anciennes, les autres récentes, la tiennent fixée contre la face postérieure de l'abdomen, le mésentère et quelques anses intestinales ; ses parois sont épaisses, de couleur brunâtre, incisée, on trouve dans l'intérieur 120 noyaux de prunes et 92 balles ; les noyaux étaient noirs et comme macérés dans les matières à l'état liquide au milieu desquelles ils se trouvaient ; ils n'avaient d'ailleurs éprouvé aucune altération, et ils contenaient une amande presque à l'état frais ; les balles, qui étaient du calibre n° 2, présentaient aussi une couleur noire, et de plus de petites facettes de dépression sur toute leur circonférence. Dans cette masse de corps étrangers il y avait encore quelques noyaux de cerises. La poche dans laquelle ils étaient contenus faisait suite à l'iléon, aux dépens duquel elle paraissait formée ; la valvule iléo-cœcale, qui correspondait à la partie droite et inférieure de cette cavité, était presque entièrement oblitérée, et ne présentait plus qu'un très-petit pertuis par lequel pouvaient passer tout au plus des matières liquides. Les glandes mésentériques étaient entièrement saines ; aucun organe d'ailleurs n'a offert d'altération pathologique.

Ce fait ne présente, à vrai dire, aucun intérêt sous le rapport thérapeutique ; mais il est réellement intéressant par rapport à l'erreur de diagnostic qu'il a entraînée, erreur qu'il était facile de commettre, mais qui ne pouvait être d'aucune conséquence funeste pour le malade. Autant que nous pouvons en juger par les détails incomplets que nous avons eus des circonstances commémoratives, il paraîtrait naturel de présumer que l'affection primitive était une oblitération du canal intestinal, qui, s'opposant à la défécation, donna au malade l'idée d'avaler des noyaux de prunes d'abord, puis des balles, à l'effet de détruire l'obstacle qui arrêtait les matières fécales.

Corps étrangers dans le rectum.

A côté de cette observation, je veux placer quelques faits de corps étrangers dans le rectum, qui auront trait davantage à des considérations pratiques. Sans faire l'histoire complète des corps étrangers situés dans le rectum, je parlerai seulement de ceux qui y sont introduits du dehors. Ils présentent une foule de différences relatives à leur forme, à leur nature et à leur grosseur, qui doivent faire varier les procédés à l'aide desquels leur extraction sera opérée. S'ils sont peu profondément enfoncés et faciles à saisir avec les doigts, il n'est pas de préceptes particuliers que l'on doive donner ; mais s'ils ont été repoussés fort haut, des difficultés nombreuses se présenteront ; ce sera au chirurgien à ménager les moyens propres à les surmonter, sans favoriser le développement de complications plus ou moins graves.

Les corps étrangers introduits dans le rectum diffèrent, avons-nous dit, par rapport à leur forme et à leur nature ; de là, variétés dans les applications thérapeutiques. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler le fait de cette courtisane dans le rectum de laquelle des jeunes gens avaient enfoncé une queue de cochon ; pour en procurer l'extraction, Marchettis eut l'heureuse idée d'introduire préalablement une tige de roseau, dans l'intérieur de laquelle le corps glissa facilement, et fut amené au dehors.

Extraction d'un pilon en bois introduit dans le rectum ; rectite ; mort.

Obs. VIII. — Un Génois, âgé de soixante-deux ans,

dans le délire d'une passion dégoûtante, se passe un pilon en bois dans le rectum ; il l'enfonce trop profondément et le laisse échapper ; il se livre de suite à des efforts de défécation, mais inutilement. On l'amène à l'Hôtel-Dieu à neuf heures du soir. L'instrument avait été introduit par sa petite extrémité ; la grosse, de deux pouces et demi environ de diamètre, se sentait à douze lignes de l'anus. Les doigts ne pouvaient la saisir, ils glissaient continuellement ; il fallut avoir recours à des instrumens ; à des pinces, à des tenettes : mêmes difficultés encore, il n'y avait pas de prise ; enfin, après de longues tentatives, des pinces articulées à la manière des branches du forceps furent glissées très haut contre le corps étranger, et l'extraction en fut faite. Mais, soit le résultat des manœuvres exercées pendant l'opération, soit les frottemens réitérés qu'avaient suscités, de la part du malade, des désirs obscènes, une inflammation du rectum se déclara avec intensité, et la mort survint en trente heures.

Introduction d'une fourchette dans le rectum, extraction de cet instrument.

Obs. IX. — Un jeune homme, ayant des projets de suicide, s'introduit une fourchette dans le rectum ; la violence des douleurs, lorsqu'il veut se livrer à l'acte de la défécation, l'oblige bientôt à réclamer des secours, et il vient à l'Hôtel-Dieu. L'indicateur, passé dans le rectum, sent à deux pouces les dents de l'instrument ; il est facile de les saisir, mais la plus légère traction les fait pénétrer dans les parois de l'intestin, et l'expulsion est impossible. Une seule chose restait à faire, c'était de comprimer les dents de la fourchette, et de les réunir comme en une seule tige. L'opération est tentée à l'aide de tenettes ; elle réussit, et le corps étranger est facilement amené au-dehors.

Introduction d'une bouteille d'eau de Cologne dans le rectum ; extraction de ce corps au moyen d'un instrument semblable à la pince de Hunter.

Obs. X. — M. Reymonet, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, m'a cité un fait de sa pratique fort curieux, et que je me plais à rapporter ici. Un jeune homme, dans des intentions qu'il ne veut pas avouer, s'introduit dans le rectum une de ces bouteilles allongées d'eau de Cologne, et l'y laisse ; les efforts les plus violens de défécation sont vains pour la chasser au-dehors. M. Reymonet est appelé ; des tentatives d'extraction sont pratiquées avec ménagement par ce praticien, à l'aide des doigts et de divers instrumens, mais sans résultat. L'opération était délicate, sans doute, car il fallait éviter de briser la bouteille, et, sous ce rapport, les manœuvres exigeaient la plus grande réserve. Fécond en ressources, M. Reymonet a l'heureuse idée de diriger dans la bouteille elle-même, dont l'ouverture était inférieure, un instrument semblable à la pince de Hunter, dont les branches s'écartent à volonté à l'aide d'un anneau de coulisse. Ce moyen est tenté ; le rebord interne du goulot de la bouteille offre un point de résistance suffisant, et le corps étranger est amené.

On voit par ces faits que les procédés d'extraction des corps étrangers introduits du dehors dans le rectum, doivent varier autant que ces corps eux-mêmes, relativement à leur forme. On ne saurait donc les astreindre à une description théorique ; c'est au génie du chirurgien de suppléer à toutes les indications insolites qui peuvent se présenter ; mais toujours est-il qu'il ne faut pas oublier que l'on manœuvre sur une membrane muqueuse dont l'inflammation est facile à se développer, et peut avoir les conséquences les plus graves.

VARIÉTÉS.

Mort de M. Dupuytren.

La chirurgie et l'humanité viennent de faire une grande perte ; M. Dupuytren est mort le 8 février, à trois heures et demie du matin.

Guillaume Dupuytren était né à Pierre-Buffiere, département de la Haute-Vienne, le 5 octobre 1778 ; ses parens n'avaient pas de fortune, et ne songeaient même pas à l'envoyer à Paris. Celui qui devait un jour laisser une si grande renommée et une si grande fortune, jouait encore enfant sur la place de sa ville natale, pendant qu'un régiment de cavalerie la traversait ; un officier de ce régiment ayant remarqué sur sa jeune physionomie, je ne sais quelle expression d'avenir dont il fut frappé, lui proposa de l'ammener à Paris ; Dupuytren saisit cette offre, et n'hésita pas à se lancer dans cette vaste arène, où il a tracé depuis un si large sillon. Son arrivée à Paris date de 1790, il était donc âgé de douze ans. Bientôt son heureuse étoile et la providence le firent rencontrer par M. Thouret, médecin célèbre, qui le prit dans une grande amitié : Thouret le devina si bien, qu'à quelques années de là, une de nos Facultés de médecine ayant réclamé le jeune Dupuytren pour être professeur d'anatomie, « la ville de Montpellier, dit Thouret, n'est pas assez riche pour payer un tel homme. »

On sait assez depuis cette époque quelle fut sa marche ascendante ; et M. Orfila a pris soin de le rappeler dans son discours.

Ce fut le 15 novembre 1833 qu'il fut frappé d'une légère atteinte d'apoplexie, à la suite de laquelle on remarqua un peu de paralysie dans la bouche et de la difficulté à s'exprimer. A force d'instances et de prières, il consentit à quitter pour la première fois ses devoirs et ses travaux : il partit pour l'Italie avec sa famille le 24 novembre 1833.

Il revint à Paris en mars 1835, dans un état en apparence assez satisfaisant ; mais bientôt sa santé déclina de nouveau, il fut atteint d'une pleurésie qui fut d'abord méconnue, l'attention étant entièrement fixée

sur l'affection cérébrale. Au mois de juillet, il voulut aller prendre les bains de mer; mais, au bout d'un mois, il revint de Tréport beaucoup plus malade qu'il n'était en partant. L'épanchement avait fait des progrès il n'était plus possible de se faire illusion sur la nature du mal; tous les moyens furent employés, mais on n'obtint que du soulagement et jamais on n'espéra de guérison; enfin il expira le 8 de ce mois, à trois heures et demie du matin, dans sa cinquante-sixième année, ayant conservé jusqu'à la fin la pleine jouissance de ses facultés intellectuelles.

Il n'a pas cessé de donner ses consultations jusqu'au dernier moment, et la veille de sa mort il se fit lire son journal, comme à l'ordinaire, voulant, disait-il, porter là-haut des nouvelles de ce monde.

M. Dupuytren laisse une fortune évaluée à 7 millions. On connaît déjà la principale disposition de son testament; il lègue à la Faculté de médecine de Paris 200,000 fr. pour l'institution d'une chaire d'anatomie pathologique.

MM. Sanson et Bégin sont chargés de terminer son Mémoire sur la taille; M. Marx présidera aux autres publications, et il hérite en outre de tous les instrumens de son maître et de son ami. M. Dupuytren a laissé sa bibliothèque à son neveu; il n'a pas oublié non plus ses internes de l'Hôtel-Dieu ni même son fidèle domestique dont il a reçu jusqu'au bout les preuves du plus grand dévouement. Enfin il a, par une dernière volonté, légué son corps à MM. Broussais et Cruveilhier : ces deux professeurs aidés de M. le professeur Bouillaud, de M. Delmas et de M. Marx, ont procédé à l'autopsie.

Le cerveau a présenté un volume remarquable; son poids, après avoir été en partie desséché, était de 2 livres 14 onces; on a trouvé dans le lobe droit les traces de l'ancien épanchement apoplectique. La cavité droite de la poitrine contenait une assez grande quantité de sérosité, et le cœur très-volumineux pesait 20 onces; le poids ordinaire du cœur est d'environ 12 onces. Les reins étaient ramollis, et renfermaient quelques graviers. On n'a pas trouvé de traces d'une gastro-duodénite qu'un de ses médecins avait cru reconnaître pendant la vie.

Les obsèques ont eu lieu le 10 février. De très-bonne heure les abords de la maison mortuaire, place du Louvre, en face les tombes de juillet, étaient envahies par une foule nombreuse. Les médecins les plus distingués et tout le corps médical de Paris, médecins et étudians, emplissaient la maison, la cour et la place du Louvre, malgré une pluie mêlée de neige qui n'a cessé de tomber tout le matin.

Parmi les notabilités présentes, on remarquait MM. Rothschild et Lemercier; les médecins et chirurgiens des divers hôpitaux de Paris, Husson, Bouillaud, Fouquier, Chomel, Roux, Richerand, Lisfranc, Marjolin, Amussat, Civiale, Breschet, Marc, Auvity, Desgenettes, Alibert, Andral, Bally, Deneux, Double, Dubois, Ferrus, Duméril, Emery, Cruveilhier, Esquirol, Guersent, Lugol, Moreau, Orfila, Velpeau, Virey, etc.

Le cortége, composé des professeurs de la Faculté de médecine en robes rouges, d'une députation de l'Académie de médecine et de l'Institut, dans laquelle on remarquait MM. Poisson, Arago, Thénard, Larrey, Pariset, de plusieurs pairs, de plusieurs députés, d'artistes, d'un grand nombre de médecins de Paris, de tous les élèves de l'école; des serviteurs de l'Hôtel-Dieu, dont l'uniforme tranchait sur la couleur sombre du reste du cortége; et enfin de peuple, est parti à onze heures de la maison de M. Dupuytren, place Saint-Germain-l'Auxerrois. Le gendre du défunt, M. le comte de Beaumont, et quelques parens, étaient en tête du cortége; le char s'est dirigé par le quai de l'École, les rues du Roule et des Prouvaires, jusqu'à l'église Saint-Eustache, à peine assez vaste pour contenir ce prodigieux concours de monde.

Après le service, le convoi a pris la rue Montmartre et les boulevards pour se rendre au cimetière du père La Chaise; mais, en sortant de l'église, les élèves, qui avaient porté le cercueil sur leurs épaules depuis le chœur jusque sur le char, ont manifesté le désir de traîner le char. Les chevaux ont été dételés, et cet imposant cortége s'est remis en marche.

M. Orfila a pris le premier la parole au nom de la Faculté de médecine. Nous reproduisons ici un fragment de ce discours.

« Dupuytren naquit à Pierre-Buffière le 3 octobre 1777. Livré de bonne heure à l'étude de la médecine, il se fit bientôt remarquer de ses maîtres par une application soutenue et par d'heureuses dispositions; il commença surtout à cultiver avec ardeur l'anatomie, l'anatomie pathologique et la chirurgie. Doué d'une prodigieuse facilité d'élocution et d'un profond savoir, il attira la foule dès son début dans l'enseignement particulier, et prit rang parmi les hommes destinés à illustrer le professorat. Il fut nommé prosecteur en 1795, lors de la réorganisation de l'école, et avant l'âge de 18 ans. En 1801, il obtint la place de chef des travaux anatomiques, et en 1803 celle de chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu. Il fut appelé, en 1812, à remplir la chaire de médecine opératoire, vacante à la Faculté par la mort du célèbre Sabatier. Il devint enfin professeur de clinique chirurgicale en 1815, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu en 1818. La plupart de ses nominations furent obtenues après des concours brillans et pénibles, dans lesquels Dupuytren eut à lutter contre des hommes d'un mérite transcendant, placés aujourd'hui à la tête de la médecine et de la chirurgie française. Aussi l'institution du concours n'eût-elle jamais de plus éloquent défenseur que notre collègue; on se souvient qu'en 1821, portant la parole au nom de la Faculté dans une séance solennelle, il demanda, dans un discours remarquable, le rétablissement de cette institution, supprimée depuis sept ans, et il proposa de tenir compte aux concurrens de leurs titres antérieurs. Cette idée, pleine de sens et d'équité, fut depuis accueillie avec empressement par la Faculté, et fait aujourd'hui la base de l'une des épreuves de nos concours publics.

» L'activité de Dupuytren, comme chirurgien de

l'Hôtel-Dieu et comme professeur de la Faculté, ne s'est pas démentie un instant. Le conseil général gardera long-temps le souvenir des services qu'il a rendus aux pauvres dans le premier établissement hospitalier de Paris; et s'il a constamment apprécié au plus haut degré le dévouement de Dupuytren aux malades qui lui étaient confiés, et les soins éclairés qu'il ne cessait de leur rendre, il se consolera difficilement aujourd'hui d'une perte qu'il doit déplorer autant que nous. D'un autre côté, la Faculté de médecine n'a jamais vu les devoirs du professorat remplis avec plus d'assiduité. Toujours, et dans les leçons et dans les actes, son esprit positif se décélait par les préceptes judicieux qu'il donnait, et par l'application immédiate qu'il en faisait à l'art de guérir. C'est surtout dans l'enseignement de la clinique chirurgicale, dont il a été chargé pendant dix-huit ans, qu'il s'est acquis une réputation qu'il sera difficile de surpasser. Obligé de disserter souvent sur des malades qu'il avait à peine le temps d'examiner, il étonnait toujours par la sûreté du diagnostic; et lorsque la nécessité forçait de recourir à la dernière ressource de la chirurgie, qui mieux que lui savait se conformer à la maxime de Celse, dans le but de diminuer les souffrances, d'éviter les accidens et d'assurer le succès de l'opération? S'il fallait citer ici toutes les questions médico-chirurgicales discutées et éclaircies dans les leçons de Dupuytren, je n'aurais qu'à tracer une table des matières dont la science se compose. J'appellerais surtout votre attention sur les instrumens et les procédés opératoires qu'il a imaginés, et sur un grand nombre de points qu'il a perfectionnés.

» .... Ce n'était pas assez pour Dupuytren d'avoir donné pendant sa vie des preuves de son inaltérable attachement à la Faculté et à ses élèves, il a voulu se survivre à lui-même par un dernier témoignage d'intérêt, et celui qu'il nous lègue en mourant doit, en perpétuant le bienfait, rendre impérissable la mémoire du bienfaiteur. Sa postérité se souviendra avec gratitude de cette généreuse disposition testamentaire qui dote notre enseignement d'une chaire d'anatomie pathologique. Il appartenait au savant distingué qui, par ses recherches, a tant contribué à naturaliser et à propager cette science en France, de créer un enseignement systématique, réclamé depuis long-temps par tous les bons esprits. Honneur au citoyen qui fait un si digne et si noble usage d'une fortune qu'il ne doit qu'à lui même, et qui, pour être sans exemple dans notre profession, n'en est pas moins le fruit de ses travaux. »

M. Larrey a pris ensuite la parole au nom de l'Académie des sciences; M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine; et M. Bouillaud, l'un des professeurs de la Faculté, a retracé par quelques paroles touchantes les derniers momens de cette vie laborieuse, pendant lesquels la fermeté de Dupuytren ne s'est pas une seule fois démentie.

Nous reproduisons les principaux passages de ces discours.

« Puisque d'autres vous ont raconté sa vie, permettez-moi, Messieurs, de vous le peindre à ses derniers momens.

» Après une lente et cruelle maladie, M. Dupuytren vit enfin que tout espoir de guérison était perdu. Il déploya alors une force de résignation dont il est peu d'exemples, et un courage vraiment stoïque; il conserva jusqu'au dernier moment toute sa présence d'esprit, toute la netteté, la lucidité de son jugement. Jamais il ne prononça une seule parole qui pût attester la moindre faiblesse.

» Pendant une agonie de huit jours, il est ainsi resté toujours maître de lui-même...

» Chaque instant de sa vie pendant ce douloureux et long martyre, était pour ceux qui l'approchaient une sorte de miracle; il semblait que la mort hésitât à frapper une si grande victime, et à détruire une organisation que la nature avait si fortement trempée.

» M. Dupuytren s'occupa de la Faculté jusqu'à son dernier soupir; de cette Faculté qui lui était si chère, dont il était l'une des plus grandes gloires; et à laquelle il laisse en mourant une éclatante preuve de son généreux et libéral attachement.

» Ainsi, messieurs, chez M. Dupuytren les facultés intellectuelles ont survécu à toutes les autres, et bien que trois fois sillonné par la foudre apoplectique, son robuste et vaste cerveau a vraiment été l'*ultimùm moriens*.

» Mais il faut finir. Cet immense concours d'élèves, ces dépouilles traînées comme en triomphe jusqu'à la tombe dans laquelle elles vont être déposées, voilà qui vaut mieux que nos faibles paroles; voilà la plus éloquente des oraisons funèbres; voilà l'éloge le plus digne de l'illustre maître dont nous déplorons la fin prématurée!

» Que cette terre reçoive donc ces restes précieux, puisque la France n'a point encore de Panthéon pour ceux de ses citoyens qui par leurs grands travaux et leurs nobles services ont bien mérité d'elle!»

M. H. Royer-Collard, chef de la division des sciences et des lettres au ministère de l'instruction publique, qui fut élève interne à l'Hôtel-Dieu sous M. Dupuytren, a prononcé d'une voix émue un discours improvisé dont voici à peu près le texte :

« Messieurs,

» Ce n'est point pour me conformer à un triste usage que j'essaie d'ajouter quelques paroles à celles que vous venez d'entendre; c'est pour acquitter un saint devoir; c'est pour rendre, au nom des anciens élèves de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, un dernier témoignage de reconnaissance à celui qui fut leur maître. Ce nom de maître dit tout, messieurs, ce nom autrefois si vénéré, et qui semble presque descendre dans la tombe avec l'un des derniers qui l'aient porté.

» Je laisse à ceux dont l'âme est plus tranquille que la mienne le soin de raconter quelle fut sa vie, de rappeler ses éclatans succès, ses prodigieux travaux, ses immortelles découvertes. Le monde entier a vu sa gloire;

mais nous, élèves de l'Hôtel-Dieu, nous n'hésitons point à le dire, ceux-là seuls ont pu véritablement connaître et apprécier Dupuytren, qui ont marché pendant plusieurs années à ses côtés, qui ont suivi laborieusement et sans relâche, non-seulement ses leçons mais sa pratique, qui ont subi la sévérité de sa discipline, et qui, formés en quelque sorte de ses mains, nourris de ses exemples, animés de son ardeur, ont appris à pénétrer jusque dans la pensée du maître les ressources infinies de son art et les secrets intimes de sa science. Ceux-là seuls ont le droit de dire, parce qu'il leur a été permis d'en bien juger, combien son esprit était puissant, son coup-d'œil infaillible, sa main vite, sûre, infatigable. Ceux-là enfin, messieurs, ont vu par eux-mêmes ce qu'il y avait dans cet homme extraordinaire de rares et inappréciables qualités.

« Élèves de l'Hôtel-Dieu, je vous prends ici à témoin, en est-il un de vous qui, pendant ses courtes années d'études, se soit montré aussi constamment assidu que lui à ses devoirs, aussi zèlé, aussi actif, qu'il l'a été pendant 35 ans? Ne l'avez-vous pas vu toujours prêt, toujours le premier au poste, et toujours le dernier, revenant à toute heure du jour, laissant tout pour accourir au lit du pauvre, et lui prodiguer des soins que la fortune des riches n'aurait pu payer! N'est-il pas resté le même jusqu'à la fin, et lorsque, vaincu par le mal et comme frappé de la foudre au milieu de vous, les forces lui manquèrent tout à coup, mais non le courage, n'a-t-il pas fallu l'arracher à ses travaux et l'emporter comme malgré lui? Eh! messieurs, quelles sont donc les faiblesses, les fautes même qui ne disparaissent auprès d'un si long et si admirable dévouement? Est-il donc tant d'hommes qui puissent se présenter au jugement des hommes avec de pareils titres à leur reconnaissance?

» Elèves de l'Hôtel-Dieu, témoins et compagnons de ses travaux, vous qui avez porté de toutes parts les enseignemens de votre maître et la gloire éternelle de son école, vous qui lui devez tout ce que vous êtes, son nom vous sera toujours saint et sacré; vous resterez fidèles à sa mémoire; vous la défendrez, s'il le faut, contre les erreurs ou les injustices des passions humaines. Hélas! sa carrière a été bien rude; puisse-t-il, du moins, obtenir après sa mort cette justice bienveillante qu'on lui a trop souvent refusée pendant sa vie!»

Enfin M. Tessier, au nom des élèves actuels de l'Hôtel-Dieu, a prononcé quelques courtes et simples phrases de reconnaissance et d'adieu.

La cérémonie a fini à 4 heures. M. Dupuytren repose non loin du monument du général Foy, un peu sur la gauche entre plusieurs tombeaux qui ne portent encore aucune inscription.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

FÉVRIER 1835.

N° 15. — 3 FÉVRIER.

ÉCOLE DE MEDECINE.

Cours de Pathologie interne ; M. ANDRAL, professeur.
Leçons sur l'entérite folliculeuse. (Suite et fin.)

Symptômes. Dans la dernière leçon nous avons exposé les différens désordres fonctionnels des appareils digestif, circulatoire, respiratoire et de sécrétion ; il nous reste à étudier, pour terminer l'histoire symptômatique de l'entérite folliculeuse, les lésions des appareils de la vie de relation.

Il n'est pas de cas de dothinentérie dans lequel les centres nerveux n'aient présenté quelques désordres. Les troubles de l'innervation se montrent quelquefois dès le début ; ils ouvrent la scène ; dans d'autres cas on les voit apparaître à une période plus avancée. Quelle que soit l'époque de leur invasion et leur intensité, ils diminuent lorsque la maladie marche vers une heureuse terminaison. Ces troubles fonctionnels portent sur la sensibilité, la motilité et l'intelligence.

La lésion de la sensibilité la plus constante est la céphalalgie. Elle est tantôt vive, tantôt obtuse, occupe généralement la région sus-orbitaire, atteint son maximum d'intensité dans le premier septenaire, et diminue ou disparaît complètement à cette période de la maladie. Elle existe rarement isolée. On observe le plus souvent en même temps des éblouissemens, des bourdonnemens d'oreilles, des vertiges, un sentiment de fatigue insolite, des douleurs contusives dans les membres. Cet ensemble de symptômes marque dans un grand nombre de cas le début de la maladie : tantôt ils précèdent les lésions des voies digestives, tantôt ils marchent avec elles.

Les troubles de l'action musculaire sont tout aussi constans que ceux de la sensibilité. Les malades éprouvent une difficulté d'imprimer aux muscles les mouvemens même les plus légers. Il n'est pas rare de voir des hommes à constitution athlétique frappés par la fièvre typhoïde, tomber subitement dans un affaissement profond. C'est là un trait caractéristique de l'entérite folliculeuse. On n'observe rien de semblable dans la gastro-entérite.

Cette diminution de l'action musculaire n'est pas le seul trouble qu'offre la motilité ; on en observe d'autres qui sont moins constans ; tels sont les convulsions, les soubresauts des tendons, les mouvemens carphologiques.

Les membres sont souvent le siége d'un tremblement. Ce dernier symptôme est fort grave. Quelle que soit l'intensité des divers troubles de la motilité que nous venons de signaler, ce serait une erreur de croire qu'ils indiquent toujours une irritation cérébrale. Le contraire a été prouvé :

1° Par l'inspection cadavérique. On a trouvé le cerveau exempt de toute lésion appréciable chez des sujets qui avaient présenté l'ensemble des symptômes nerveux que nous venons d'énumérer.

2° Rappelons-nous que des symptômes analogues se manifestent aussi chez des individus soumis à d'abondantes hémorrhagies, et chez lesquels, par conséquent, le cerveau est exsangue comme les autres viscères. Ces considérations sont importantes sous le rapport thérapeutique. Il faut être avare, en pareil cas, des émissions sanguines. On a vu fréquemment les désordres de la motilité augmenter sous l'influence des saignées. Les muscles de l'œil, du larynx et de la poitrine sont aussi quelquefois le siége de mouvemens irréguliers. Quant à la paralysie, on ne l'observe jamais, à moins de complication. Les contractures sont rares. On a observé quelquefois des accès épileptiformes.

L'intelligence présente, dans le cas de dothinentérie, des désordres variés.

Chez quelques malades on n'observe que peu de trouble dans la manière dont l'intelligence s'accomplit ; ils offrent seulement de la tristesse, de l'abattement, de l'inaptitude aux travaux intellectuels, et un certain degré de stupeur. Les réponses sont lentes, mais justes. ce n'est pas encore du délire ; et sous ce rapport encore, il existe une grande différence entre l'entérite folliculeuse et la gastro-entérite. Mais à mesure que la maladie augmente de gravité, on voit apparaître le délire ; il se manifeste rarement dès le début. On l'observe surtout le soir, et son apparition coïncide avec un redoublement de fièvre. Souvent un délire violent a eu lieu toute la nuit, et le matin l'intelligence est nette.

Le délire est quelquefois tranquille, et il coïncide

avec un grand affaissement ; les malades marmottent entre leurs dents quelques paroles sans suite ; d'autres fois le délire est très-violent, les malades poussent des cris, quittent leurs lits comme des furieux, et déploient une grande énergie musculaire, mais ils ne tardent pas à tomber dans un affaissement profond. Ces désordres variés de l'intelligence diminuent lorsque la maladie marche vers une terminaison heureuse. Ils se rencontrent souvent à une époque avancée de la maladie, quelquefois au début, rarement dans la convalescence. On a observé cependant dans cette dernière période quelques cas rares de monomanie, et une perte de la mémoire qui a persisté plus ou moins long-temps.

Du côté des organes des sens, on observe d'assez nombreux désordres. La vue est presque constamment troublée. Quelques malades ont des hallucinations. L'amaurose est extrêmement rare. On observe assez constamment une diminution notable de l'ouïe. Quelquefois la surdité est complète. Le goût et l'odorat ne présentent rien de remarquable. Les fosses nasales sont le plus ordinairement sèches et pulvérulentes. L'épistaxis est un signe important, il manque rarement. L'hémorrhagie nasale est tantôt légère, tantôt assez abondante pour nécessiter l'emploi du tamponnement. Dans quelques cas rares elle a entraîné la mort par son abondance. Quelquefois le sang retombe dans la gorge, et les malades crachent du sang. Lorsque des hémorrhagies nasales abondantes se montrent à une période éloignée du début, ce signe est d'un fâcheux augure.

La peau peut être le siége d'exanthèmes, de papules, de vésicules, de gangrène, d'ulcération sans gangrène, et enfin d'hémorrhagie.

1° Exanthèmes. On observe quelquefois à divers points de la périphérie cutanée, des rougeurs érythémateuses, ordinairement très-fugaces ; dans d'autres cas, l'érysipèle de la face se montre comme complication.

2° Papules : Cette éruption a une grande importance pour le diagnostic. On la désignait autrefois sous le nom de pétéchies, dénomination impropre qui doit être exclusivement réservée pour les taches de la peau résultant d'un épanchement de sang fait dans le tissu dermoïde. M. Louis les a appelées taches rosées, lenticulaires. Elles présentent en effet une couleur rosée, une forme arrondie ; elles ont une ou deux lignes de diamètre, disparaissent par la pression, font une très-légère saillie au-dessus de la peau, et ne contiennent pas de liquide. Elles siégent le plus souvent sur l'abdomen et le thorax, rarement sur le cou, et plus rarement encore sur les membres. Elles sont quelquefois peu nombreuses, lorsqu'il n'en existe que trois ou quatre elles méritent peu d'importance ; elles ne se montrent pas indifféremment à toutes les époques de la maladie, on les a rarement observées avant le sixième jour. Il y a cependant quelques exceptions.

Je donne en ce moment des soins à un malade qui, le deuxième jour de la maladie, a offert des taches typhoïdes très-caractérisées. On les a observées le quinzième et même le trente-cinquième jour de la maladie. Ces cas sont rares. Cette éruption se montre plus fréquemment dans l'entérite folliculeuse que dans toute autre affection.

3° Vésicules : On a désigné par le nom de *sudamina* de petites vésicules contenant un liquide transparent, et qui ont leur siége sur le cou, autour des aisselles, à la région inguinale, et sur l'abdomen. Cette éruption appartient moins à la fièvre typhoïde que les taches lenticulaires. Elle est tantôt discrète, tantôt confluente : elle apparaît à une époque plus éloignée du début que les taches rosées, et son apparition ne coïncide point avec des sueurs, ainsi que son nom semblait l'indiquer.

4° Gangrène : Elle se montre quelquefois spontanément ; d'autres fois elle apparaît dans les points de la peau qui ont été long-temps comprimés. C'est surtout au sacrum, au coccyx, aux régions trochantériennes qu'on l'observe. Elle est quelquefois la suite d'une irritation antécédente. On l'observe quelquefois à la surface des plaies des vésicatoires. On a vu se manifester la gangrène du pénis après un cathétérisme répété.

5° Ulcérations : Elles succèdent quelquefois à la gangrène ; elles se manifestent d'autres fois sur les plaies des vésicatoires, ou sur les piqûres des sangsues. Ces ulcérations sont caractéristiques dans le cours de cette affection.

6° Hémorrhagies : Elles se font dans le tissu même de la peau et constituent les pétéchies. Enfin on observe quelquefois des phlegmons et des abcès sous-cutanés.

En combinant les différens symptômes que nous venons d'énumérer, il sera facile de produire les nombreuses variétés de début et de forme que présente la maladie.

Lorsque l'entérite folliculeuse est bien caractérisée, elle doit marcher quelle que soit la médication employée. L'art est tout-à-fait impuissant pour l'arrêter dans sa marche. Il n'est pas au pouvoir du médecin de faire qu'elle ne dure que deux ou trois jours. Sa plus courte durée est de sept à neuf jours. On l'a vu se terminer par la santé après le cinquantième et le soixantième jour. Lorsqu'elle se termine d'une manière fâcheuse, la mort arrive à des époques variables. Elle arrive depuis le cinquième jusqu'au centième jour.

On ne saurait adopter pour toutes les formes de la maladie et pour toutes les périodes la même méthode de traitement. S'il existe des signes de réaction, les antiphlogistiques seront employés. La saignée générale, une ou deux applications de sangsues, soit sur l'abdomen soit au fondement sont employées avec avantage. Ces moyens conviennent surtout dans la première période ; ils sont aussi fort utiles pour combattre certaines complications ; ils échouent contre les accidens cérébraux qui, dans l'immense majorité des cas, sont indépendans de toute lésion de texture appréciable des centres nerveux.

A une période plus avancée, lorsque la prostration et la stupeur sont des plus profondes, que la face est plombée, le pouls filiforme, il est sage de recourir aux toniques. Le quinquina, l'éther conviennent dans

ces cas. On ne doit pas cependant abuser des stimulans ; on ne doit pas perdre de vue que le canal intestinal est le siége de graves désordres.

Il y a déjà plusieurs années que M. Bouillaud avait proposé l'emploi des chlorures pour combattre les symptômes dits putrides.

M. Chomel a repris l'emploi de ces moyens, dont il a fait usage chez un assez grand nombre d'individus. Toutefois, le nombre des faits n'est pas encore assez considérable pour qu'on puisse se prononcer sur l'efficacité des chlorures.

Tout ce qu'on sait de positif, c'est qu'on peut les employer sans danger.

D'autres médecins ont préconisé de nos jours une méthode qui est aussi ancienne que Stoll, et qui a joui d'une grande faveur sous l'influence des théories humorales. Nous voulons parler des purgatifs. On en fait usage dans différens hôpitaux ; je les expérimente moi-même ; mais je répéterai ici ce que j'ai dit pour les chlorures, les faits ne sont point assez nombreux pour qu'on puisse se prononcer.

En résumé, le traitement qui, dans l'état actuel de la science, paraît le plus rationnel, est un traitement mixte. On doit avoir égard aux différens élémens de la maladie ; il faut, tantôt tempérer la réaction, tantôt soutenir les forces.

Quant aux chlorures et aux purgatifs, on peut les tenter d'une manière tout empirique.

N° 16. — 5 Février.

ÉCOLE DE MÉDECINE.

Cours de Pathologie interne. M. Andral, professeur.

Leçons sur la gastrorrhée, ou flux muqueux de l'estomac.

Après avoir terminé dans ses leçons précédentes l'histoire des affections des voies digestives, dont l'altération fondamentale est une lésion de circulation, M. Andral passe à l'étude des lésions de sécrétion.

Les matières sécrétées par la muqueuse gastro-intestinale sont liquides ou gazeuses ; de-là deux ordres dans cette classe de maladies. Cette sécrétion peut avoir lieu avec ou sans modification des liquides sécrétés. De là deux genres. Au dernier, il faut rattacher les maladies des voies digestives caractérisées par une augmentation de la sécrétion muqueuse qui est exhalée dans l'état normal. Lorsque c'est la muqueuse gastrique qui est le siége de sécrétion sur-abondante, la maladie est désignée par le nom de gastrorrhée, ou flux muqueux de l'estomac.

Cet état pathologique, que l'on a confondu dans ces derniers temps avec la gastrite, doit en être distingué. Il mérite d'occuper une place dans les cadres nosologiques dont on a voulu le rayer. Son existence est démontrée :

1° Par l'inspection cadavérique. Il n'est pas rare de trouver à l'ouverture des cadavres la muqueuse gastrique tapissée par une couche épaisse de mucus exhalée à sa surface, sans que cette muqueuse présente aucun des caractères anatomiques de l'état inflammatoire.

2° Par les symptômes dont nous allons faire bientôt l'énumération.

3° Par le traitement, qui est diamétralement opposé à celui de la gastrite.

L'existence de la gastrorrhée est aussi réelle que celle de toutes les maladies de l'estomac dont je vous ai tracé l'histoire. Après bien des méditations sur ce point de pathologie, je ne puis me refuser d'admettre cette affection dans les cadres nosologiques. Je puis affirmer qu'elle peut se montrer indépendamment de tout travail de phlegmasie. Il ne faut pas oublier toutefois qu'elle est quelquefois consécutive à l'inflammation ; et sous ce rapport la muqueuse gastrique est soumise à cette loi pathologique, en vertu de laquelle toute inflammation de muqueuse arrivée à une certaine période peut ne plus consister que dans un simple flux. C'est ce qu'on observe pour les muqueuses oculaire, bronchique, vaginale ; de là les bronchorrhées et les leucorrhées qui ne sont que la terminaison de la bronchite et de la vaginite. Dans quelques cas aussi, l'augmentation de sécrétion de la muqueuse gastrique coïncide avec une phlegmasie de l'estomac, et n'en est qu'un des symptômes. Tous ces cas peuvent se présenter. Ils doivent être soigneusement distingués, car les moyens thérapeutiques qui conviennent dans l'un sont nuisibles dans l'autre.

Etiologie. Les causes de cette affection comme celles de toutes les autres doivent être recherchées, soit dans le monde extérieur, soit dans l'individu lui-même. Parmi les causes externes, nous noterons les influences atmosphériques qui jouent un rôle immense dans la production des flux muqueux des voies digestives.

C'est ainsi que sous l'influence d'un air humide, on les voit régner endémiquement dans certains pays, et épidémiquement dans d'autres en certaines saisons de l'année. C'est surtout dans les pays et dans les saisons humides qu'on observe cette affection. Les alimens indigestes, les alimens trop doux, les boissons mucilagineuses, favorisent sa production. C'est surtout les individus qui présentent les traits du tempérament lymphatique, de la constitution scrofuleuse qui y sont plus prédisposés.

De ce que cette maladie n'est pas une inflammation, n'en concluons pas qu'elle est liée à un état asthénique. La dichotomie brownienne n'a rien à faire ici. Il y a un trouble particulier des fonctions digestives. Le désordre fonctionnel comme les autres peut amener à sa suite l'inflammation, le cancer, comme les palpitations nerveuses peuvent amener l'hypertrophie du cœur ; mais il ne doit pas être pour cela confondu avec la gastrite et avec le cancer de l'estomac.

Symptômes. Les sujets atteints de gastrorrhée éprou-

vent un sentiment de pesanteur à la région épigastrique, qui augmente suivant la nature des alimens ingérés dans l'estomac; sous l'influence des alimens mucilagineux les digestions languissent, les alimens excitans en favorisent le travail. Ordinairement l'appétit se perd, la soif est peu vive; la bouche est fade, pâteuse, quelquefois amère; il existe souvent des nausées soit spontanées, soit provoquées par l'ingestion des boissons et des alimens; on observe aussi des vomissemens qui sont constitués par des matières alimentaires, ou bien par des mucosités filantes et demi-transparentes, que les malades désignent sous le nom de pituite. La langue reste large et humide, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, et n'offre de rougeur ni au pourtour ni à la pointe; quand la maladie est bornée à l'estomac il y a constipation.

Les phénomènes généraux qui accompagnent cette affection peuvent se montrer avec ou sans fièvre: dans le dernier cas, les malades éprouvent un malaise général et accusent un sentiment de faiblesse; dans l'autre cas, la fièvre se montre continue et maligne, souvent avec le mouvement fébrile se montre cet ensemble de symptômes qui constitue *la fièvre muqueuse* des auteurs. On voit aussi quelquefois, la sécrétion des bronches, de la bouche, du pharynx, de l'intestin, de la vessie, augmenter d'une manière notable, et se montrer une véritable diathèse muqueuse, qu'il n'est pas rare d'observer dans les pays et dans les saisons humides.

La gastrorrhée peut ne durer que quelques jours, elle peut aussi se prolonger plus long-temps; elle peut se terminer par le retour à la santé, et se transformer en une autre maladie; elle peut se montrer sous forme aiguë et sous forme chronique. Il y a des individus qui, pendant plusieurs mois et même pendant des années, rejettent chaque jour une certaine quantité de mucosité, et n'éprouvent pas d'autre trouble des fonctions digestives. Cette affection offre en outre une grande tendance à la récidive. Ainsi on voit des individus en être atteints à chaque changement de saison.

Le diagnostic est quelquefois difficile. Je ne me dissimule pas les difficultés du sujet que je traite: toutefois un examen attentif ne permettra pas de confondre le simple flux de la muqueuse gastrique avec la phlegmasie de cet organe. S'il existe des doutes, c'est au traitement à les dissiper; c'est là la véritable pierre de touche.

Traitement. Les émissions sanguines, les bains, les boissons mucilagineuses que nous avons recommandés dans le traitement de la gastrite, doivent être sévèrement proscrits; s'il y a anorexie, on soumettra les malades à la diète; dans le cas contraire, on leur permettra l'usage des bouillons nourrissans, et spécialement des bouillons gras, qui doivent être préférés au lait. Il est des malades à qui l'on accordera quelques alimens solides. On prescrira en même temps des boissons aromatiques, acides ou amères, telles que les infusions de camomille, de centaurée, de germandrée, la limonade végétale, la décoction de chicorée sauvage. Si ces moyens ne suffisent pas, on aura recours aux vomitifs, qui produisent en pareil cas de merveilleux effets. J'ai vu bien des fois disparaître en 24 heures, sous l'influence d'un vomitif des gastrorrhées qui persistaient depuis 15 ou 20 jours.

Si les amers et les vomitifs réussissent, la maladie est jugée. Enfin, il est quelquefois nécessaire pour achever la guérison d'administrer un ou deux purgatifs à deux jours d'intervalle. Les purgatifs salins, tels que l'eau de sedlitz, le sulfate de soude sont ceux auxquels il faut donner la préférence. Il faut se garder de prescrire en pareil cas, les purgatifs huileux. La rhubarbe, soit comme amer, soit comme laxatif, est employée avec avantage. Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques propres à combattre efficacement la gastrorrhée.

J'ai eu bien souvent l'occasion d'en constater le succès. J'ai encore devant les yeux un malade couché ces jours derniers dans les salles de la Pitié, chez lequel un vomitif a fait disparaître en 24 heures cet ensemble de symptômes qui caractérisent la maladie dont je viens de vous entretenir.

Nota. Dans l'avant dernière leçon de M. Andral sur l'entérite folliculeuse, il s'est glissé une erreur typographique: On a imprimé Gendrin au lieu de *Gendron*, auteur de recherches intéressantes sur les épidémies des petites localités, que M. le professeur Andral a citées avec éloge.

N° 17. — 7 FÉVRIER.

BULLETIN.

Statistique. — *De la durée de la vie de l'homme en France depuis le commencement du* 19e *siècle;* par M. Jules Bienaymé.

Parmi les différentes tables de mortalité dressées d'après des observations faites en France, deux seulement sont restées en usage. L'une fut publiée par Delparcieux vers 1746. L'auteur avait établi ses calculs sur les listes mortuaires des tontines créées en 1689 et 1696 existant encore quand il écrivait.

L'autre fut publiée par Duvillard, il y a près de 40 ans. Cette dernière, quelque exacte qu'elle ait pu être, remonte à une époque déjà trop reculée. L'auteur du mémoire a pour but de prévenir les erreurs dans lesquelles peuvent tomber les caisses d'épargnes et de retraites qui ordinairement se basent sur les calculs de Duvillard.

Des recherches avaient été commencées aux archives du royaume, il y a quatre ans, pour démontrer la défectuosité de la table de Duvillard, table faite pour le siècle dernier et non pour le nôtre; elles avaient en même temps pour but de déterminer si les documens officiels envoyés par les préfectures au ministre de l'intérieur pouvaient offrir des renseignemens qui permis-

sent de remplacer par une table nouvelle celle dont l'emploi doit cesser.

Ces recherches sont restées inachevées, quant à la confection d'une table plus conforme à l'ordre actuel de la nature. Mais à d'autres égards elles étaient à peu près complètes : et il est facile de distraire de l'ensemble du travail les faits qui prouvent avec évidence que si la loi de mortalité construite par Duvillard existait dans le 18e siècle, elle n'est pas en action depuis 30 ans.

Par une coïncidence singulière, les mêmes faits tendent à établir que dans la France moderne la mortalité générale se rapproche de l'ordre reconnu par Delparcieux chez les 9,360 tontiniers dont il a transmis les registres mortuaires pendant plus de 50 ans.

Nous ne suivrons point l'auteur dans toutes les discussions auxquelles il se livre à ce sujet, nous nous contenterons d'y puiser les résultats qui nous paraissent les plus curieux.

De 1803 à 1811 il est né au plus 8,265, 950 individus, garçons ou filles.

Il ressort des recherches faites de l'année 1691 à l'année 1832, par divers auteurs, tels que Moheau, M. de Monthyon, dans le *Moniteur* et l'*Annuaire des longitudes*, que le rapport des naissances des garçons aux naissances des filles est à peu près de 107,53 à 100.

On aura donc, dans cette proportion, 4,282,930 garçons et 3,983,020 filles.

Ce qui diviserait l'année moyenne en 475,880 garçons et 442,560 filles.

En additionnant les récensemens des classes du recrutement correspondantes aux naissances des neuf années de 1803 à 1811, l'auteur trouve que la réunion donne 2,574,179 jeunes gens entre 20 et 21 ans, et en divisant ce nombre par le total 4,282,930 des naissances d'hommes, on trouve qu'ils sont dans le rapport de 60,10 à 100. Or, dans la table de Duvillard, le rapport des survivans de l'âge de 20 ans aux naissances excède à peine 50,22 sur 100. Cette différence est énorme, ainsi que le prouve l'auteur par les erreurs qu'elle doit entraîner.

Le rapport des naissances de garçons aux naissances des filles semble avoir été plus élevé au commencement du siècle qu'il ne l'est aujourd'hui. Depuis 1826, ce rapport a sensiblement diminué.

Une autre réflexion naît lorsqu'on cherche le rapport des naissances mâles aux recensemens de 20 ans pour chacune des années comprises dans les tableaux. On trouve pour le recrutement de :

	1823,	56 17 sur 100.
pour	1824,	58 70
	1825,	82 98
	1826,	60 14
	1827,	59 52
	1828,	60 44
	1829,	61 18
	1830,	61 10
	1831,	61 80

Sur-le-champ on peut conclure que les générations successives sont loin d'avoir la même longévité. Si les causes de mortalité étaient restées les mêmes, il y aurait plus de 45,267 à parier contre 1 que chaque année le rapport du recrutement aux naissances correspondantes tomberait entre

59 78 sur 100.
et 60 44 sur 100.

Ces limites ont été constamment franchies de 1823 à 1831. Les causes de mortalité ont par conséquent varié brusquement d'une génération à l'autre.

Le rapport le plus faible parmi les recrutemens, 56,17 sur 100, s'observe en 1823. On a pu voir ci-dessus que les années 1803, 1804 et 1805 ont offert le plus grand nombre de décès. Les enfans nés en 1803 ont eu à supporter, dans l'âge le plus critique, l'influence funeste des maladies de ces trois années, quand de 1820 à 1825 les comptes du recrutement exprimaient des doutes sur l'exactitude de certains magistrats communaux, il aurait probablement suffi de remonter aux naissances réelles, et de se rappeler les maladies de 1803, 1804 et 1805, pour s'expliquer cette diminution considérable.

Les comptes du recrutement montrent encore qu'il arrive rarement en France 300,000 jeunes hommes à l'âge de 20 ans. La moyenne des 16 années de 1816 à 1831 est de 290,000. Il est par suite aisé de concevoir comment les levées répétées avaient épuisé la nation vers la fin de l'empire. Le vide des âges de 20 à 50 ans est très-sensible dans les tableaux de décès des premières années qui ont suivi 1815. C'est là même une des causes, dit l'auteur, qui rendent difficiles les calculs sur la population et la longévité en France. De même que les longues guerres de Louis XIV, la révocation de l'édit de Nantes, les disettes et les épidémies de la fin du 17e siècle, influaient sur tous les relevés statistiques du 18e, et conduisirent à de singulières erreurs Dupré de St-Maur et l'illustre Buffon.

(*Réformateur.*)

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de MM. Guersent et Baudelocque.

L'hémorrhagie cérébrale est une maladie extrêmement rare chez les enfans. A peine en trouve-t-on huit ou neuf cas dans les annales de la science.

M. Rochoux, dans ses recherches sur l'apoplexie, et M. le professeur Andral, dans son traité d'anatomie pathologique, en ont présenté le résumé. M. Guersent, dans ses vingt années de pratique, n'en a recueilli que deux observations.

On ne doit pas confondre l'hémorrhagie des centres nerveux avec cette affection, que M. Serres a décrite sous le nom d'apoplexie méningée, et qui, selon la plupart des observateurs, n'est qu'une des formes de la méningite aiguë.

Cette dernière maladie n'est pas extrêmement rare chez les enfans. Elle s'est présentée deux fois à l'hôpital pendant le cours de l'année 1833.

Dans le cas que nous avons pu observer, le malade avait succombé avant la première visite, de manière qu'il ne nous a été possible que de constater la lésion anatomique. Nous n'hésitons pas à ranger l'observation suivante parmi les cas d'hémorrhagie cérébrale, quoique le diagnostic n'ait pas été vérifié par la nécropsie.

Hémiplégie gauche survenue d'une manière subite; saignées répétées au début; vésicatoire à la nuque, puis purgatifs à des intervalles rapprochés; douches sulfureuses; diminution progressive de la paralysie; guérison presque complète au bout de cinq mois.

Brerette, âgé de onze ans, demeurant rue des Prêcheurs, n. 10, est transporté à l'hôpital le 12 septembre, atteint d'une hémiplégie gauche.

Doué d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, ce garçon n'a eu, pendant son enfance, ni engorgement des ganglions cervicaux, ni exsudation du cuir chevelu, ni ophthalmie. Il porte des traces évidentes de vaccine, et il a eu la rougeole ainsi que la coqueluche. A ces maladies près, qui n'ont offert aucune gravité, il a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix ans.

A cette époque il a été pris d'accès de migraine qui se sont renouvelés assez fréquemment pendant le cours d'une année. La douleur de tête avait constamment son siége à droite; elle était presque toujours accompagnée de vomissemens et quelquefois de vertiges.

Le 12 août, après un repas ordinaire, il retourne à ses jeux, au milieu desquels il est pris tout-à-coup de céphalalgie et de vertiges; il se dirige vers sa maison, mais il perd connaissance, tombe, et on le relève hémiplégique.

Des vomissemens abondans ont lieu après l'attaque; le malade reprend connaissance au bout d'un quart-d'heure, mais il offre une déviation très-prononcée de la bouche; l'articulation des sons est extrêmement difficile, les membres du côté gauche sont entièrement privés de mouvement. Une saignée du bras est pratiquée le même jour.

Dans les jours qui suivent, on applique cinq fois des sangsues, soit derrière les oreilles, soit au fondement. Plus tard on a recours à l'application d'un vésicatoire à la nuque.

Sous l'influence de cette médication la parole devient libre au bout de trois semaines, la déviation de la bouche diminue, mais la paralysie des membres du côté gauche ne subit aucune modification.

Ces renseignemens nous ont été fournis par le malade, qui est doué de beaucoup d'intelligence, et ils ont été confirmés par son aïeule, qui a suivi la maladie depuis l'invasion jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

La mère de cet enfant est douée d'une forte constitution; elle n'a jamais éprouvé aucune affection des centres nerveux. Le père fut pris, à la suite d'une vive frayeur qu'il éprouva pendant les événemens de juillet, d'une affection cérébrale aiguë qui dégénéra en aliénation mentale. Il a succombé à Bicêtre un an après l'invasion des premiers symptômes.

Ce garçon a les cheveux d'un blond ardent, les yeux bleus; sa peau, fine et habituellement pâle, se couvre d'une vive rougeur pour la plus légère émotion.

Symptômes observés. Le 13 septembre, un mois après l'invasion de l'hémiplégie, Brerette offre l'état suivant :

Décubitus dorsal, face rouge et animée pendant qu'il nous raconte les différentes circonstances de sa maladie; intelligence nette, articulation des sons distincte, déviation de la bouche à droite, surtout lorsque le malade rit; pupille droite dilatée, lentement contractile; vision moins nette à droite qu'à gauche, membres supérieur et inférieur du côté gauche entièrement privés de mouvement; lorsqu'on les soulève et qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils retombent comme une masse inerte. Les doigts sont contractés et demi-fléchis; le malade ne peut ni les étendre, ni les fléchir davantage. La sensibilité est égale de part et d'autre. Les membres paralysés ont une température moins élevée que ceux du côté opposé; l'atrophie est peu marquée, du reste ils ne sont le siége d'aucune douleur. Pas de céphalalgie aujourd'hui; mais il y a huit jours que le malade a éprouvé un accès de migraine avec vomissemens; c'est le seul depuis l'invasion de l'hémiplégie. Le pouls donne 84 pulsations; la peau est de chaleur naturelle; le cœur n'offre ni impulsion, ni aucun bruit anormal; les voies digestives sont en bon état. La langue, qui n'offre pas de déviation, est large et humide, l'appétit est bon, le ventre indolent, mais habituellement resserré; pas de trouble appréciable de l'appareil respiratoire. L'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. Huile de ricin, 1 once; bouillon aux herbes.

Deux évacuations abondantes dans la journée.

Le 16, céphalalgie sus-orbitaire, face très-rouge, pouls à 96. Même purgatif.

Le 21 et le 23, la même médication est employée.

Le 29, diminution sensible de la paralysie, le malade peut exercer quelques mouvemens avec le membre inférieur; ceux du membre supérieur sont beaucoup plus bornés. Nous l'engageons à se lever et à essayer de marcher; il fait en effet quelques pas appuyé sur le bras de sa mère; il traîne la jambe gauche. A son entrée il ne pouvait marcher même avec des béquilles.

Le 8 octobre, il fléchit la jambe gauche sur la cuisse; mais il ne peut soulever le membre, lorsqu'il est dans l'extension.

Le 10, céphalalgie générale, nausées sans vomissemens; pouls à 100 pulsations. On supprime les alimens; on ne permet que des bouillons.

Le lendemain, la céphalalgie a disparu.

Le 22, le bras droit commence à exécuter quelques légers mouvemens. On continue les purgatifs qui sont administrés tous les sept ou huit jours.

Le 2 novembre, le malade commence à marcher sans appui.

Les jours suivans, il se lève et se promène une partie de la journée dans les salles. On commence l'usage des douches sulfureuses. On continue la même médication jusqu'au 12 janvier, jour de sa sortie de l'hôpital.

A cette époque, le membre inférieur a recouvré l'intégrité de ses mouvemens. Le malade peut courir. Les mouvemens du membre supérieur sont encore assez bornés. Les doigts restent toujours contractés. Les mouvemens en sont lents. Du reste, le malade peut porter son bras sur la tête, et lui imprimer le mouvement dans tous les sens.

Hydrocéphale chronique survenue du quinzième au vingt-cinquième mois après la naissance ; mort; un litre de sérosité dans les ventricules latéraux.

Rosalie Rousseau, âgée de deux ans, est apportée de Sèvres à l'hôpital des Enfans, le 21 juillet, dans l'état suivant :

Tête d'un volume considérable, front saillant qui donne à cette jeune fille la physionomie particulière aux enfans atteints d'hydrocéphale chronique, fontanelles non ossifiées, strabisme ; pupilles mobiles, également et médiocrement dilatées ; vue non abolie ; résolution des membres, persistance de la sensibilité ; assoupissement continuel, quelques mouvemens convulsifs par intervalle ; impossibilité de maintenir la tête dans sa rectitude naturelle ; pouls à 116 pulsations, petit, régulier, 28 inspirations ; langue naturelle, dentition peu avancée, 4 incisives seulement ; constipation habituelle.

D'après les renseignemens donnés par la mère, cette femme a donné le jour à neuf enfans, dont sept sont morts en bas âge à la suite de convulsions. Le neuvième, âgé de dix ans, est d'une constitution très-délicate, et se plaint fréquemment de malaise. La mère éprouve fréquemment des attaques de nerfs qui paraissent liées plutôt à une affection hystérique qu'à une véritable épilepsie. Le père, doué d'une forte constitution, jouit habituellement d'une bonne santé.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est venu au monde à la suite d'un accouchement naturel ; il n'a éprouvé aucun accident jusqu'à l'âge de quinze mois. A cette époque des convulsions se sont manifestées, et se sont renouvelées presque tous les jours. La tête a augmenté graduellement de volume ; aucune médication active n'a été employée, sauf quelques cuillerées d'un sirop dont on ignore la composition.

Pendant son séjour à l'hôpital, qui a été de cinq jours, on a soumis ce malade à l'usage du calomel et de la digitale. Aucun changement ne s'est manifesté. L'assoupissement et les autres symptômes énumérés ci-dessus ont persisté jusqu'au 26 juillet, jour où il a succombé sans agonie.

Ouverture du cadavre, 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint assez considérable ; pas de rigidité cadavérique.

Tête. La circonférence de la tête en passant par les bosses frontales et la bosse occipitale externe, est de 16 pouces et demi, et d'un pied huit lignes d'un conduit auditif à l'autre. Les fontanelles non encore ossifiées sont très-larges. L'antérieure a trois pouces de diamètre antéro-postérieur et cinq pouces de diamètre transversal. La fontanelle postérieure a deux pouces et demi d'avant en arrière, et un pouce de largeur. Les os du crâne sont minces, peu résistans ; on les coupe avec des ciseaux comme ceux d'un enfant nouveau-né.

La dure-mère est saine. L'arachnoïde conserve sa transparence normale ; la pie-mère n'est point infiltrée. Les glandes de Pachioni ne sont pas apparentes. Il n'existe pas une goutte de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde. Les circonvolutions sont aplaties et presque entièrement effacées. Après l'enlèvement de la voûte du crâne, les hémisphères se sont notablement affaissés, ils dépassent les bords du crâne sur les parties latérales ; un aide est obligé de les maintenir, parce que la substance cérébrale ne cède pas sous le poids du liquide. Une ponction pratiquée dans l'un des ventricules donne issue à un litre environ de sérosité limpide, ne tenant en suspension ni flocons albumineux, ni débris de substance cérébrale ramollie. Chaque ventricule latéral largement déployé peut admettre dans sa capacité les deux poings d'un adulte réunis. La surface interne de ces ventricules est lisse, ferme et parcourue par quelques arborisations vasculaires. La substance blanche est ferme, et forme une couche d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, doublant la substance corticale dont la couleur est celle de l'état normal. Les corps striés sont pâles, aplatis ; leur volume est plutôt diminué qu'augmenté. La couche optique, également déprimée, conserve son volume normal. L'ouverture de Monro peut admettre le doigt indicateur. Le cinquième ventricule est fort apparent. Le cervelet, la protubérance et les pédoncules ne présentent rien de remarquable. La moelle épinière n'a pas été examinée.

Thorax. Pas d'adhérences entre les plèvres costale et pulmonaire. Poumons d'une teinte rosée à l'extérieur, crépitans, sans tubercules. Cœur sain. Trou de Botal oblitéré.

Abdomen. État sain de la muqueuse gastro-intestinale. Pas de sérosité dans le péritoine. Pas d'ascaride lombricoïde dans l'intestin grêle. Le foie, la rate et les reins sont gorgés de sang.

—

N° 18. — 10 Février.

HOPITAL NECKER.

Service de M. Civiale.

Paralysie du corps de la vessie ; spasme névralgique du col de cet organe chez un enfant de neuf ans ; prompte guérison par l'emploi des injections froides.

Lagrinais (Jean-Baptiste-Adrien), âgé de 9 ans, d'une constitution lymphatique et prédisposée aux scrofules, pissait au lit toutes les nuits, depuis sa plus tendre enfance ; ses parens avaient vainement employé plusieurs moyens pour faire cesser ce qui n'était, suivant eux, qu'une mauvaise habitude, qu'ils attribuaient d'abord à la paresse de l'enfant, et qu'ils mirent plus tard sur le compte de sa faible constitution. Ils espéraient qu'avec l'âge cette infirmité disparaîtrait.

C'est ainsi, au reste, que raisonnent en pareil cas la majeure partie des gens du monde.

Les parens du jeune Lagrinais furent toutefois éveillés sur les dangers qu'il pouvait courir par plusieurs phénomènes insolites qu'il présenta vers le mois d'août 1834. Ils remarquèrent ses fréquens besoins d'uriner, mais surtout ses efforts considérables et souvent impuissans pour les satisfaire ; ils furent frappés des douleurs cuisantes dont il se plaignait pendant et après l'émission de l'urine, dont le jet était menu, saccadé, bifurqué, tournoyant. Ses vêtemens étaient salis par la sortie continuelle et goutte à goutte de ce liquide.

Pensant que leur enfant avait la pierre, ses parens le présentèrent à la consultation de M. Civiale, le 23 novembre dernier. Le petit malade venait d'uriner avec beaucoup de douleurs ; cependant sa vessie était encore fort distendue ; elle dépassait l'ombilic de deux travers de doigt.

L'enfant fut aussitôt sondé, non sans quelques difficultés, malgré ses cris et ses contorsions. Il s'écoula au moins une pinte d'urine limpide, qui sortait comme d'un vase inerte ; le jet à travers la sonde n'était activé que par la pression de la main appliquée sur l'hypogastre.

Ce cathétérisme évacuatif et en même temps explorateur, ne fit découvrir aucun corps étranger dans la vessie ; il permit cependant à M. Civiale de constater la nature de l'affection dont était atteint le jeune Lagrinais, qui se trouva momentanément soulagé, mais dont l'état général paraissait détérioré par de longues souffrances.

M. Civiale diagnostiqua une paralysie incomplète des fibres musculaires du corps de la vessie avec névralgie du col de ce viscère.

Voici, au reste, les principaux symptômes que cet enfant présenta à l'observation, les jours suivans.

Pendant les efforts considérables qu'il faisait pour vider sa vessie, il tiraillait sa verge en tout sens ; mais ces efforts répétés n'aboutissaient qu'à l'expulsion d'une petite quantité d'urine accompagnée de vives souffrances, d'agitation générale, de trépignement quand le petit malade était debout ; cette médiocre émission n'était pas en rapport avec le vif besoin d'uriner qu'il éprouvait, et qu'indiquait la saillie considérable de la vessie au-dessus du pubis. Pendant que l'enfant se livrait à ces pénibles efforts, ses excrémens sortaient malgré lui et entraînaient souvent la membrane muqueuse du rectum ; sa figure devenait rouge, les veines jugulaires se gonflaient ; épuisé alors de lassitude et de douleur, il retombait sur son lit ; il se reposait pendant quelques instans, jusqu'à ce que de nouveaux besoins sollicitassent de nouvelles souffrances. Son lit et ses vêtemens étaient inondés d'urine qui s'échappait continuellement, et goutte à goutte.

L'incontinence d'urine n'était qu'un effet secondaire de la rétention de ce liquide, qui, en s'accumulant dans la vessie privée de sa contractilité normale, et en la distendant outre-mesure, s'échappait alors par regorgement. Les douleurs vives ressenties pendant, et encore quelque temps après l'émission, en se propageant au bout du gland, ne pouvaient être attribuées qu'au trouble des fonctions des organes excréteurs de l'urine, au défaut d'harmonie entre la puissance expulsive et celle chargée de retenir ce liquide, en un mot à l'état névralgique du col vésical.

Trois indications principales se présentaient pour le traitement de cette affection ainsi précisée. Il fallait d'abord s'opposer à l'accumulation de l'urine dans la vessie, dont la dilatation excessive et prolongée était déjà seule capable d'entretenir et d'aggraver l'inertie de cet organe. En ranimant ensuite la contractilité musculaire de son corps et en émoussant la sensibilité exagérée du col, on pouvait raisonnablement espérer de rétablir l'équilibre physiologique dans la fonction.

Les moyens simples et locaux qu'employa M. Civiale furent dirigés vers ce but. Ce sont, au reste, ceux dont il fait usage en pareil cas, et qui réussissent ordinairement, surtout quand la paralysie de la vessie ne dépend pas d'une lésion de la moelle épinière.

Ce traitement consista d'abord à procurer tous les matins l'évacuation de l'urine à l'aide d'une sonde flexible que l'on retirait ensuite. Puis quand l'enfant se fut familiarisé avec cette opération, qu'il repoussait les premiers jours ; quand la sensibilité de l'urètre fut un peu diminuée par l'introduction journalière de l'instrument, le cathétérisme fut pratiqué deux fois par jour.

Après huit ou dix jours de l'emploi de ce moyen, le petit malade commença à aller mieux ; les besoins d'uriner devinrent moins fréquens, les douleurs moins vives et les efforts moins considérables pour les satisfaire. On se borna, du reste, à prescrire des boissons délayantes, et le régime ordinaire des malades du service des calculeux. L'enfant avait assez d'appétit.

Le 6 décembre, il était tout-à-fait familiarisé avec l'usage de la sonde ; il était beaucoup plus docile, parce que l'urètre était réellement moins sensible. M. Civiale

se disposait alors à faire usage de moyens capables de réveiller la contractilité de la vessie, en agissant directement sur ce viscère. Mais l'enfant fut pris tout-à-coup de dévoiement, accompagné de fièvre et de douleurs abdominales, par suite d'imprudence commise dans son régime. Ses parens lui avaient apporté des pâtisseries qui avaient occasioné ce désordre. Il perdit tout-à-fait l'appétit; sa gaieté, qu'il avait commencé à reprendre, l'abandonna; il fut forcé de garder le lit.

Cet accident n'eut toutefois aucune suite fâcheuse, malgré les craintes qu'il dût inspirer d'abord, vu l'état des organes urinaires. La diète pendant quelques jours, des boissons adoucissantes, des lavemens, puis de légers potages ensuite, et le cathétérisme évacuatif répété trois ou quatre fois par jour, suffirent pour rappeler le petit malade à son état primitif.

Le 20 décembre il était tout-à-fait rétabli. Il reprit promptement des forces. Il commença à uriner en plus grande quantité chaque fois, avec facilité, sans efforts ni douleurs, et par conséquent moins fréquemment. Chaque jour aussi, à la visite, sa vessie était moins distendue; cependant l'incontinence d'urine persistait encore, mais seulement pendant la nuit.

Le 27, le jet de l'urine est gros, continu, chassé avec force, sans aucune souffrance; on ne sonde le malade que deux fois en vingt-quatre heures, et surtout le soir, avant le coucher. Malgré cette précaution, son lit est toujours inondé pendant la nuit. Pendant le jour, au contraire, l'excrétion est volontaire. Du reste, l'état général de l'enfant est des plus satisfaisant, et fait concevoir l'espoir d'une prochaine guérison.

M. Civiale eut recours alors aux injections froides dans la vessie; on les fit tous les matins. Cinq opérations de ce genre suffirent pour stimuler la contractilité de l'organe, et achever la guérison déjà fort avancée par le seul emploi du cathétérisme évacuatif.

Le 31 décembre l'enfant ne pissa pas dans son lit. Cet accident lui arriva cependant encore le lendemain; mais à partir du 2 janvier, il fut tout-à-fait débarrassé de sa dégoûtante infirmité. Il sortit de l'hôpital le 18 janvier.

Il avait acquis de l'embonpoint et de la fraîcheur; sa vessie chassait à plein canal l'urine qu'elle contenait; elle se vidait complètement chaque fois que le besoin se faisait sentir. Pendant la nuit, l'enfant ne l'éprouvait que deux ou trois fois au plus; il se levait alors pour le satisfaire. La vessie ne se laissant plus distendre par l'urine, ce liquide ne sortait plus par regorgement; son excrétion était volontaire.

Cet enfant a été revu il y a peu de jours, il continue à être dans l'état le plus satisfaisant; il y a tout lieu de croire que cet état se maintiendra.

L. Ledain.

N° 19. — 12 Février.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel, professeur.

Pleuro-pneumonie intense promptement enrayée dans sa marche par les émissions sanguines et le tartre stibié à hautes doses combinés.

Au n° 15 de la salle Sainte-Madeleine est couché un homme atteint d'une pleuro-pneumonie qui, par la rapidité de sa marche et la promptitude de sa résolution sous l'influence d'un traitement énergique, mérite de fixer l'attention.

Cet homme est âgé de quarante quatre ans, il est fortement constitué; il est occupé à battre le plâtre pour les maçons; il a été déjà plusieurs fois atteint de fluxions de poitrine, mais il ne peut préciser les différentes époques auxquelles ces phlegmasies sont survenues.

Le 2 février, il se coucha bien portant, et éprouva le lendemain, à son réveil, un malaise général; il se rend néanmoins à son ouvrage, mais le malaise augmente, il est obligé de rentrer chez lui et de se mettre au lit, étant en proie à un mouvement fébrile intense, et ressentant une douleur vive dans le côté droit de la poitrine.

Les accidens persistent le 3, et le 4 il se rend à l'hôpital à pied, et soutenu seulement par deux camarades. Immédiatement après son entrée on pratique une saignée du bras. Le sang retiré de la veine est recouvert d'une couenne épaisse.

Examiné à la visite du lendemain, 5 février, troisième jour de la maladie, la douleur du côté droit est vive, la respiration haute, costale, accélérée; des crachats visqueux, rougeâtres, contenant de nombreuses bulles d'air, sont expectorés en assez grande quantité. Ce seul signe suffirait pour démontrer l'existence de la maladie. Le crachoir contient, en pareil cas, comme le dit M. Chomel, le principal moyen de diagnostic. L'auscultation et la percussion du thorax viennent d'ailleurs le confirmer.

Le côté droit de la poitrine rend un son mat dans les deux tiers postérieurs; la même matité existe dans tout le côté externe. La partie supérieure en arrière et tout le côté antérieur, donnent un son clair. En arrière et latéralement, dans le tiers moyen de la poitrine, existe une respiration bronchique et une bronchophonie des plus évidentes.

Dans le tiers inférieur, le bruit respiratoire est faible et éloigné. Vers le creux de l'aisselle, on entend de la crépitation grasse et humide.

D'après l'ensemble de ces signes, M. Chomel diagnostique une pneumonie au second degré, avec épanchement pleurétique. La lésion du poumon est révélée par l'expectoration de crachats rouillés, la matité et la respiration bronchique et la bronchophonie. L'exis-

tence de l'épanchement est indiquée par la même matité de la partie inférieure, jointe à un bruit respiratoire faible et éloigné. Le pouls donne plus de 100 pulsations. L'intelligence est nette, la prostration des forces presque nulle.

M. Chomel fait remarquer que le malade, dont les trois quarts du poumon étaient imperméables à l'air, a pu se rendre de son pied à l'hôpital, où il est venu d'une des extrémités de Paris, ce qui établit une différence bien tranchée entre les phlegmasies franches, quel que soit leur siége, et les entérites folliculeuses auxquelles se lie dès le début une altération profonde de la contractilité musculaire. Il est très-rare de voir un malade atteint de fièvre typhoïde se rendre à pied à l'hôpital, même à une époque peu éloignée de l'invasion.

Quoi qu'il en soit, cette pleuro-pneumonie a marché avec une telle rapidité, que le troisième jour de la maladie, près des trois quarts du poumon droit étaient à l'état d'hépatisation rouge. Toutefois, M. Chomel n'a pas porté un pronostic très-grave, et en cela il s'est fondé sur l'état des forces et sur une circonstance qui est généralement favorable, c'est l'existence de pleuro-pneumonies antécédentes heureusement terminées.

Toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie qui survient chez des individus déjà atteints de la même affection, offre un pronostic plus favorable que lorsque cette affection frappe les individus pour la première fois.

Une nouvelle saignée a été pratiquée dans la matinée du 6. Les symptômes persistant, on a fait ouvrir la veine pour la troisième fois le 7 février, et on a prescrit en même temps le tartre stibié à la dose de six grains dans une potion aromatique. Trois vomissemens et trois évacuations alvines ont eu lieu dans la journée; et le lendemain 8, la crépitation grasse et humide, qui deux jours auparavant s'étendait dans un point bien circonscrit vers le creux de l'aisselle, occupait une assez grande étendue; le râle crépitant de retour se faisait entendre en plusieurs points; le pouls était descendu à 80 pulsations.

On a continué la même médication pendant trois jours, et la résolution s'est opérée avec la plus grande rapidité.

Pleuro-pneumonie droite avec ictère, compliquée d'une lésion du foie; un mot sur les pneumonies dites bilieuses.

Au n° 11 de la salle Saint-Lazare, est couchée une femme dans la force de l'âge, qui, à la suite d'une violente contusion du côté droit de la poitrine, a été prise d'une inflammation du poumon, compliquée d'ictère. La teinte jaunâtre de la peau a été observée dans plusieurs cas de péripneumonie du côté droit: et plusieurs praticiens en ont conclu qu'il y avait constamment une complication d'hépatite, que la phlegmasie pulmonaire se propageait du poumon à l'organe sécréteur de la bile.

Mais cette doctrine n'est pas d'accord avec les faits. Il y a bien trouble dans les fonctions que le foie est chargé d'accomplir; mais ces phénomènes sont purement sympathiques, et la nécropsie n'a révélé une véritable altération du foie que dans des cas extrêmement rares, dans ceux surtout où il y avait eu violence extérieure.

Dans le cas actuel, la complication d'hépatite ne saurait être révoquée en doute; elle est démontrée:

1° Par la cause qui a agi sur le poumon comme sur le foie;

2° Par les symptômes.

Il existe une très-vive sensibilité dans la région hypocondriaque droite. Lorsque par le palper on cherche à circonscrire le foie, les muscles se raidissent. Cependant une exploration attentive fait reconnaître une augmentation sensible dans le volume de cet organe. Les urines sont jaunes, bourbeuses; la teinte jaune était très-prononcée aux sclérotiques et dans les différentes parties de la périphérie cutanée.

La crépitation, l'expectoration de crachats visqueux, jaunâtres; la dyspnée, la fréquence du pouls indiquaient en outre l'existence d'une inflammation du poumon droit. Deux saignées ont été pratiquées dans le but de modifier simultanément la double lésion dont le poumon et le foie étaient le siége. Une application de sangsues sur l'hypocondre droit, des boissons délayantes, ont amélioré rapidement l'état de cette malade, qui est aujourd'hui en pleine convalescence.

Fièvre typhoïde; fréquence et gravité de cette affection; emploi des chlorures et des stimulans.

Le nombre des malades atteints de fièvre typhoïde admis à la clinique a été très considérable depuis un mois.

Parmi eux se trouvaient plusieurs élèves en médecine gravement affectés. Il se trouvait en même temps plusieurs ouvriers plus ou moins récemment arrivés à Paris. Il s'en trouve deux en ce moment couchés aux numéros, 22 et 34, chez lesquels l'éruption des taches rosées lenticulaires a été confluente, et s'est montrée comme dans le typhus de 1814, sur le tronc et sur les membres.

Chez l'un d'eux les bras en étaient couverts; ce n'étaient pas des pétéchies ou des ecchymoses du tissu dermoïde, mais de véritables papules d'une demi-ligne de diamètre, faisant une large saillie au-dessus du niveau de la peau, et disparaissant par la pression.

M. Chomel a cru devoir continuer l'emploi des chlorures qu'il a commencé à expérimenter il y a trois ans. Seulement il a augmenté les doses des préparations chlorurées, dont de nombreux essais ont constaté l'innocuité. Au lieu de douze gouttes, on en ajoute un demi-gros et même un gros dans les lavemens. On a doublé la dose du chlorure introduit dans les tisanes. On continue d'en couvrir les cataplasmes dont on recouvre l'abdomen; on fait également usage des lotions.

Plusieurs malades exclusivement soumis à l'emploi

de cette médication, sont dans un état voisin de la convalescence.

Dans quelques cas à la médication par les chlorures, M. Chomel substitue les stimulans. Cette dernière méthode a été mise en usage chez un élève en médecine âgé de 30 ans, couché au n° 30 de la salle Sainte-Magdeleine.

Ce jeune homme entra à l'hôpital le 8 janvier. La fièvre typhoïde dont il était atteint parcourait régulièrement sa marche quand, vers le milieu de janvier, il fut pris subitement d'accès épileptiformes. Ces accès se renouvelèrent plusieurs fois. Un délire violent leur succéda, et il survint en même temps une prostration profonde, et tout cet ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre ataxo-adynamique de Pinel. M. Chomel recourut dès lors à l'emploi du musc, qui fut administré en potion et en lavement, à la dose de 12 grains. On y joignit l'extrait sec de quinquina, qui fut prescrit sous la même forme, ainsi que le vin de Malaga, qu'on donna par cuillerées à la dose de 4 et 6 onces. A l'aide de cette médication, ce malade a été retiré en quelque sorte des portes du tombeau.

Aujourd'hui 8 février, il est tout-à-fait convalescent; son intelligence est nette; l'appétit est revenu. Il prend chaque jour trois potages.

N° 20. — 14 FÉVRIER.

PROCÈS-VERBAL DE L'OUVERTURE DU CORPS DE M. DUPUYTREN,

Faite le 9 février 1835, à onze heures et demie du matin, 32 heures après la mort. (1).

1° *Habitude extérieure.*

Corps d'un homme fortement et régulièrement constitué. Infiltration considérable des membres inférieurs, du scrotum et de la partie inférieure des parois abdominales. Tension de l'abdomen. Le cadavre offre des traces de décomposition commençante, surtout à la partie postérieure du tronc, où l'épiderme est détaché par larges lambeaux, avec teinte verdâtre de la peau.

Le visage est amaigri, conserve l'expression de calme sévère qui existaient avant la mort.

2° *Cavité thoracique et organes circulatoires et respiratoires.*

La circonférence du côté droit de cette cavité, mesurée à 4 pouces au-dessous du sein, est de 52 cent.

La circonférence du côté gauche, prise au même niveau, est de 49 1/2.

Un trois-quart ayant été plongé dans le côté droit de la poitrine, il s'en est écoulé quatre pintes environ d'une sérosité trouble, assez semblable à du petit lait non clarifié, d'un aspect un peu sale.

Il existe quelques brides cellulo-fibreuses, très étroites, dans la cavité droite de la poitrine, au fond de laquelle on recueille une petite cuillerée environ d'une masse pseudo-membraneuse, friable, amorphe, analogue à de l'albumine concrète. Comprimés par l'épanchement, les lobes inférieur et moyen du poumon droit sont refoulés en dedans et en haut. La plèvre pulmonaire est épaissie et présente une teinte laiteuse. Le tissu du lobe inférieur du poumon droit est condensé, comme carnifié, et les cellules effacées ne contiennent aucune bulle d'air. Plongé dans un vase rempli d'eau, il ne surnage pas. Le lobe moyen et la partie inférieure du lobe supérieur sont infiltrés d'une abondante sérosité un peu rougeâtre. Le sommet seul de ce poumon crépite et contient une assez grande quantité d'air.

Le côté gauche de la poitrine contient, à sa partie la plus déclive, environ une demi-pinte de sérosité transparente, rougie par la présence de quelques gouttes de sang. On observe quelques adhérences anciennes parfaitement organisées. Le poumon gauche offre son volume normal, est légèrement infiltré et ne se précipite pas au fond de l'eau.

Le péricarde ne contient que quelques gouttes de sérosité.

Le cœur, vigoureux, sensiblement hypertrophié, mais bien conformé et bien proportionné, est entouré d'une assez grande quantité de graisse. Son tissu est mou, flasque, un peu brun, et paraît avoir éprouvé un commencement de décomposition putride.

La cavité du ventricule gauche pourrait contenir un gros œuf de poule. L'épaisseur des parois de ce ventricule et de 9 lignes à la base est de 6 lignes à la partie moyenne. Les colonnes charnues sont très robustes, et forment des reliefs très prononcés à l'intérieur de la cavité ventriculaire.

La cavité du ventricule droit est un peu plus ample que celle du gauche. Les parois de ce ventricule ont trois lignes d'épaisseur. La membrane interne du cœur est le siége d'une rougeur uniforme, plus foncée dans les cavités droites que dans les gauches, et ressemblant à celle qui résulterait d'une imbibition sanguine.

Les valvules droites et gauches sont flexibles, mobiles, bien conformées. Les orifices auxquels elles sont adaptées sont parfaitement libres.

La rougeur des cavités droites du cœur se continue dans l'artère pulmonaire.

La rougeur des cavités gauches du cœur se continue dans l'aorte et les artères qui en naissent. Cette rougeur tire un peu sur le jaune au commencement de l'aorte, tandis qu'elle se fonce et prend une teinte ponceau dans l'aorte descendante et dans les artères iliaques. La rougeur est moins marquée dans les artères

(1) Conformément au vœu de M. Dupuytren, l'ouverture a été faite par les internes de l'Hôtel-Dieu, MM. Rufz et Teissier, sous les yeux de MM. Broussais, Cruveilhier, Husson, Bouillaud (rédacteur du procès-verbal), qui ont examiné et décrit avec le plus grand soin l'état des différens organes.

des membres supérieurs que dans celles des membres inférieurs. La surface interne de l'aorte et des grosses artères qui en naissent est un peu rugueuse, inégale et parsemée de points ou de plaques jaunâtres, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, mais non encore osseuses ou calcaires. Les parois des artères sont épaissies, comme hypertrophiées, ainsi que le cœur.

La membrane interne de la veine-cave inférieure est d'un rouge très foncé.

Les grosses veines et les grosses artères contenaient un sang liquide, terne; quelques caillots jaunâtres, mous, existaient dans l'aorte.

3° *Cavité abdominale; organes digestifs et annexes.*

La cavité du péritoine ne contient pas notablement de sérosité. Les organes digestifs forment une masse considérable et sont distendus par une grande quantité de gaz. L'estomac et plusieurs anses intestinales offrent à l'extérieur une coloration rougeâtre plus ou moins foncée. L'estomac est ample, dilaté, et offre un commencement de putréfaction. Sa membrane interne est d'un rouge uniforme, surtout dans la portion splénique; elle est mollasse et se déchire facilement : on voit à sa surface divers enfoncemens qui ne sont probablement autre chose que des follicules développés. Outre la rougeur uniforme, on observe, en certains points, une rougeur par injection arborescente ou pointillée. Le duodénum offre un grand nombre de follicules très saillans, comme hypertrophiés. On y trouve un pointillé très prononcé, en même temps que la rougeur uniforme indiquée en parlant de l'estomac. La rougeur par imbibition et celle par injection se continuent dans l'intestin grêle, dont la cavité contient une assez grande quantité de bile.

Le gros intestin, fortement météorisé, contient quelques matières fécales assez solides. Sa membrane muqueuse est le siége d'une injection, dont l'intensité n'est pas la même dans tous les points. Cette membrane était recouverte en certains endroits, de petites masses floconeuses, albuminiformes, assez semblables à de fausses membranes.

L'œsophage était tapissé par une fausse membrane diphthéritique, molle, facile à enlever.

Le foie est un peu moins volumineux qu'à l'état normal; son tissu est un peu mou, flasque, facile à déchirer. La rate, plus volumineuse qu'à l'état sain, se déchire avec facilité.

Le rein gauche, d'un bon tiers environ moins volumineux qu'à l'état normal, offre un tissu mou, rouge brunâtre, au milieu duquel on rencontre quelques dépôts de graviers d'une couleur jaunâtre, formant de petites masses *arénuleuses*.

Le rein droit, beaucoup plus mou que le gauche, diffluent en quelque sorte comme une rate ramollie, transformé en une bouillie rougeâtre, analogue à de la lie de vin, est aussi moins volumineux qu'à l'état sain. Il contient, ainsi que le rein gauche, une certaine quantité de petits graviers, réunis en petites masses du volume d'une lentille ou d'un pois.

La membrane interne de la vessie, tout-à-fait saine, offre une teinte d'un blanc-grisâtre.

4° *Cavité du crâne et du cerveau.*

Dimensions de la tête (1)		
De la bosse frontale à la protubérance occipitale,	36	cent.
Circonférence de la tête prise au niveau des bosses frontale et occipitale,	58	
De la partie antérieure d'un conduit auditif à l'autre, en passant par le sommet de la tête,	35	
De la base d'une apophyse mastoïde à l'autre, en passant par les bosses pariétales.	36 1/2	
Des mêmes apophyses, en passant par la protubérance occipitale,	28	
D'une apophyse orbitaire externe à l'autre, en passant au-devant de la base du front.	16	
D'un conduit auditif à l'autre, en passant au-devant du frontal.	30	
De la bosse frontale à la racine des cheveux (hauteur du front),	10	
Diamètre occipito-nasal, mesuré avec le compas d'épaisseur,	7 po.	1 lig.
Diamètre bi-temporal d'un conduit auditif à l'autre),	5	2
Diamètre bi-mastoïdien,	5	
—— bi-orbitaire,	4	
D'une bosse pariétale à l'autre (mesure prise également avec le compas d'épaisseur),	5	7

La voûte du crâne ayant été enlevée au moyen d'un trait de scie, on a vu que l'épaisseur des os qui la forment était très médiocre. On a constaté de plus un défaut de symétrie entre les deux moitiés de la voûte du crâne; défaut de symétrie qui consiste en ce que la moitié gauche est plus large et plus profonde en arrière que la moitié droite, tandis qu'en avant, mais dans une moindre proportion, la moitié droite est plus développée que la gauche; de telle sorte qu'en réalité, la moitié gauche est plus ample que la droite.

Les circonvolutions, mises à nu par suite de l'ablation de la voûte du crâne, sont assez uniformément développées, nombreuses, pressées les unes contre les autres, sans offrir d'ailleurs, chacune en particulier,

(1) Le front est vaste, élevé, fortement et assez uniformément bombé, moins cependant au-dessus de l'apophyse orbitaire externe et de la partie antérieure et inférieure de la région temporale que partout ailleurs. Les parties postérieures et supérieures sont très-développées.

un volume extraordinaire. (On interrompt ici l'examen du cerveau pour le faire mouler.)

A quatres heures et demie on a achevé l'examen du cerveau. Cet organe était desséché par l'effet du moulage.

Le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée pèsent ensemb le 2 livres 14 onces.

Séparé du reste de la masse encéphalique, le cervelet pèse 4 onces 5 gros.

La substance des circonvolutions n'offre rien d'anormal dans sa consistance et sa coloration.

Les ventricules latéraux sont très-amples, et ne contiennent que quelques gouttes de sérosité. Au point où le ventricule droit se réfléchit d'arrière en avant, à l'entrée de la cavité digitale, on observe une sorte de tache ou de cicatrice d'un jaune un peu rouillé, d'un pouce de long sur un demi-pouce de large, à surface légèrement aréolée, circonscrite par une ligne un peu déprimée, limitée en avant par le prolongement caudal de la partie postérieure du corps strié. Cette altération est superficielle, et on enlève avec la pointe du scalpel une sorte de membrane très-mince, au-dessous de laquelle la substance cérébrale est saine.

Au centre de la couche optique droite, existe un petit foyer de sang gros comme un grain de chenevis. Dans la portion du corps strié qui est en dehors de la couche optique (toujours du côté droit), on trouve une excavation pouvant contenir une aveline, à parois inégales, légèrement frangées et de couleur un peu brunâtre. Dans le corps strié gauche, et dans le même point que pour le corps strié droit, on trouve aussi une excavation apoplectique offrant à peu près exactement les mêmes dimensions et le même aspect que celle du corps strié droit. Dans l'une et l'autre on rencontrait quelques filets celluleux entrecroisés. Ces foyers ou excavations occupaient exclusivement la substance grise, tandis que la plaque aréolée, ou cicatrice du ventricule droit, affectait la couche blanche qui en forme la paroi.

Les artères cérébrales et leurs ramifications offraient des points et des plaques jaunâtres, comme les artères dont il a été parlé plus haut.

Fait à Paris, le 9 février 1835.

Signés : Broussais, Cruveilhier, Husson, Bouillaud, rédacteur du procès-verbal.

HOTEL DIEU DE TROYES.

Frambœsia ou pian, observé par M. Henry Bédor, membre correspondant de l'Académie de médecine (Extrait.)

François Elof, natif de Vesoul, forgeron, est à Troyes depuis deux ans. Sa structure est difforme et sa taille a éprouvé un raccourcissement à *concavité postérieure* avec déviation du rachis à gauche; d'où claudication et balancement latéral du corps dans la progression.

Cet homme a, du reste, des muscles très-développés : il est d'une constitution athlétique. Il a eu la variole et la rougeole; ses parens sont sains.

Il fait remonter le début de son affection cutanée à son enfance; ce n'était d'abord qu'une rougeur de la peau s'étendant de la région antérieure de la cuisse droite au jarret en suivant le côté externe. Il y éprouvait de vives démangeaisons.

A douze ans, cette partie devint farineuse; comme il grattait toujours sans ménagement, elle s'humecta de sérosités roussâtres, se couvrit de croûtes qui se détachaient et se reproduisaient chaque jour; la peau finit par s'ulcérer profondément.

Alors se montrèrent les premières végétations framboisées. Elles s'élevèrent d'abord sur la partie antérieure de la cuisse qui, actuellement n'en présente plus que la cicatrice; elles s'y montraient aussitôt vers le côté externe de l'espace poplité où elles existent encore aujourd'hui.

Depuis lors, des traitemens nombreux ont été opposés avec inefficacité.

Venu enfin à Troyes et forcé d'entrer à l'hôpital malgré lui, à cause de l'enflure subite de la jambe, ou du manque de linges qui lui sont rendus nécessaires par une sanie abondante qui s'épaissit dès qu'il la laisse séjourner sur la surface qui l'exsude, et baigne incessamment les appareils dont il la couvre dans ses pansemens habituels; dès qu'il se trouve délassé, il redemande sa sortie et revient ensuite dans le même état.

M. Bédor pense que cette maladie ne saurait être réputée contagieuse, car le malade ne l'a jamais communiquée aux nombreux compagnons qui ont partagé son lit; il ne pense pas qu'elle ait eu la contagion ou la syphilis pour origine, car le malade assure n'avoir jamais été en relation avec des personnes affectées de cette maladie ou de maladie vénérienne quelconque; du moins n'a-t-il jamais eu la syphilis. Quant à une affection syphilitique héréditaire, la bonne santé de tous ses parens en dément la possibilité. M. Bédor penche à la regarder comme se rattachant à l'affection qui s'offre le plus souvent à son observation dans Troyes, l'affection scrofuleuse.

N° 21. — 17 Février.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Bouillaud.

Compte-rendu du premier trimestre d'hiver (novembre, décembre et janvier) : par M. A. Raciborski, D.-M. P.

Le service de M. Bouillaud n'a pas été moins fréquenté cet hiver que les années précédentes. C'est une preuve du zèle des élèves qui bravent les désagrémens de la saison dans le but de s'instruire.

M. Bouillaud, par sa position de médecin du bureau

central, a ce grand avantage sur beaucoup de ses collègues, de pouvoir envoyer à son service les malades les plus intéressans.

Cette conduite, loin de dénoter un égoïsme étroit, est une preuve de son zèle et imite d'être méritée par tous les professeurs dans l'intérêt de leurs élèves.

D'ailleurs, M. Bouillaud est un homme aussi ferme qu'éclairé dans sa conviction.

Persuadé qu'il est de perdre moins de malades que ses confrères, il ne fait que suivre les inspirations de sa conscience en prenant sous sa garde les malades qu'il croit sauver.

Mais il appartient à un juge impartial de vérifier par les résultats, si M. Bouillaud obtient réellement des résultats plus avantageux, ou s'il se laisse entraîner à une illusion trop facile sur son mérite. C'est une affaire d'arithmétique.

Depuis le commencement du mois de novembre jusqu'à ce jour, les 26 lits destinés aux hommes et les 14 lits des femmes ont été presque continuellement occupés.

La plupart des cas morbides que nous avons observés durant ce temps, présentent beaucoup d'intérêt et commandent l'attention.

Fièvres typhoïdes.

Nous allons commencer par rendre compte des cas d'entéro-mésentérite typhoïde ou fièvre typhoïde, affection si souvent mortelle et que nous avons vu combattre avec un rare succès.

Nous avons recueilli 14 observations d'entéro-mésentérite typhoïde. Dans ces 14 cas il y avait 12 hommes et 2 femmes. Le plus jeune était un garçon de 13 ans et demi, le plus âgé un homme de 31 ans. Deux d'entre eux avaient 17 ans, deux 18, un 19, un 21, deux 22, deux 23, un 25. La plupart restaient depuis peu de temps à Paris.

Chez tous ces malades, excepté un seul, la maladie a commencé par le devoiement; ce dernier fut d'abord constipé, et le dévoiement ne survint que quelques jours après l'invasion de la maladie.

Dans quelques cas, nous avons constaté la présence des taches lenticulaires disparaissant à la pression et des sudamina.

Dans deux cas, nous avons observé les symptômes cholériformes (teinte cyanosée et froid des extrémités et de la langue) se joindre à la maladie principale.

Chez un de ces deux malades est survenue une ophthalmie suivie de l'ulcération de la cornée et de la perte de l'œil.

Chez un autre, nous avons vu se former un abcès sur la branche horizontale de la mâchoire inférieure. Cet abcès coïncidait avec une amélioration sensible de l'état général du malade. Il en était de même de l'ophthalmie chez le malade précédent.

Chez presque tous la salive était acide, même chez ceux qui n'avaient pas eu de vomissemens.

Chez tous le sang formait des caillots mous et ne pouvant supporter leur propre poids. Chez un seul il a été tout-à-fait diffluent. Nous n'avons vu que très-rarement la couenne se former, et, dans ces cas rares, elle était différente de la couenne des pleurésies et des rhumatismes; au lieu de présenter la résistance de celle-ci, elle offrait une mollesse remarquable et ressemblait à de la graisse récemment figée.

Chez quelques malades, nous avons vu se former des eschares sur le sacrum, et ordinairement les plaies qui en résultaient se sont cicatrisées assez rapidement. Un seul malade a succombé à la suite d'une suppuration copieuse de sa plaie.

La convalescence survenait après plus ou moins de jours de traitement.

Voici la table que nous avons faite à ce sujet :

Hommes.

N° 8.	Arrivé à l'hôp. le 3e j. de la maladie,	entré en conval. le 8e j. après l'entr.
6.	9e	32e
21.	15e	17e
19.	11e	50e
18.	15e	7e
18.	16e	7e
4.	16e	25e
1.	8e	16e
9.	26e	6e
20.	20e	11e
24.		

Femmes.

6.	16e	17e	(1)
2.	4e	9e	

Le malade couché au n° 16, le seul qui ait succombé, est mort deux mois après l'invasion de la maladie, à l'époque où tous les symptômes caractéristiques de l'entéro-mésentérite ont disparu. Son observation présente assez d'intérêt pour que nous la rapportions avec quelques détails.

— Le 18 novembre 1834, est entré à l'hôpital de la Charité un homme âgé de vingt-trois ans, broyeur de couleurs, malade depuis une quinzaine de jours; il y en avait déjà sept qu'il était alité.

En ville, on le croyait atteint d'une colique de plomb.

Etat du 19. Pendant la visite, décubitus dorsal, yeux ouverts, fixes; pas de réponses aux questions qui lui sont adressées; respiration bonne, extase (il y a une heure le malade répondait bien aux questions, et hier il fut bien éveillé durant toute l'après-midi). On réveille le malade en lui donnant à boire; mais bientôt il retombe en extase. Les membres gardent la position qu'on leur donne. Lorsqu'ils sont élevés, et qu'on dit au malade de les laisser tomber, le plus souvent il

(1) Celle-ci n'a pas été saignée.

n'obéit pas; quelquefois il les baisse, mais très-lentement.

Lorsqu'on presse le ventre avec un peu de force, et principalement la région iléo-cœcale, le malade fait des grimaces, et ne tarde pas à se réveiller Alors il dit bien son nom et celui de la rue qu'il habite, mais immédiatement il retombe dans l'assoupissement, et lorsqu'on lui demande le numéro de sa maison, il répète toujours la dernière réponse à savoir, le nom de la rue.

On change son décubitus dorsal en une position oblique très-fatigante; il la garde pourtant pendant un temps assez long, et ensuite il baisse le corps très-lentement pour reprendre la première position.

Il se réveille encore une fois; nous lui demandons s'il a vu quelques personnes autour de lui, et nous avons une réponse affirmative; il dit qu'on l'a fait souffrir en appuyant sur son ventre; bientôt il nous répond par oui à toutes les questions, même insignifiantes.

Le ventre était considérablement balonné; dévoiement; 124 pulsations. Saignée de 3 palettes. On a tiré 3 autres palettes au moyen des ventouses appliquées sur le ventre; boissons chlorurées.

Le sang présente très-peu de consistance. Les symptômes cataleptiformes ont disparu.

La deuxième saignée qu'on lui fait le lendemain présente le sang tout-à-fait diffluent, sans aucun caillot, ayant à sa surface une couenne très-mince et se roulant autour du doigt comme de la toile d'araignée. Le ventre a beaucoup diminué de volume; on voit une grande amélioration. On répète encore une fois l'application des ventouses scarifiées sur le ventre. On applique les vésicatoires aux jambes.

Le malade va de mieux en mieux sous le rapport des symptômes de l'entéro-mésentérite; mais il lui survient une eschare très-large au sacrum.

La suppuration est très-copieuse; la fièvre s'allume; le malade tombe en marasme et meurt le 10 janvier.

A l'autopsie on a trouvé les plaques de Peyer ulcérées, d'une couleur grise ardoisée, en voie de cicatrisation.

Ce cas, très-intéressant sous le rapport des symptômes cataleptiformes qui compliquaient les symptômes ordinaires de l'entéromésentérite typhoïde, ne l'est pas moins sous le point de vue thérapeutique.

En effet, malgré la gravité des symptômes, l'amélioration suivait chaque émission sanguine, et il est pour nous hors de doute que si l'eschare n'avait pas compliqué la maladie, le malade n'eût pas succombé.

La présence des ulcérations non encore cicatrisées à l'autopsie, parle-t-elle contre l'opinion des auteurs qui regardent la lésion du tube digestif comme le point de départ de la maladie? Point du tout: la durée de la maladie peut contribuer beaucoup à la différence de symptômes. Ne voit-on pas souvent disparaître la fièvre et beaucoup d'autres symptômes dans une pneumonie, quoique les lésions anatomiques persistent encore?

Cette circonstance a déjà été notée par les meilleurs observateurs, et entre autres par M. Andral.

Les phénomènes nerveux qu'a présentés ce malade ne prouvent rien non plus contre l'opinion qui fait partir la plupart des symptômes observés dans les fièvres graves des lésions du tube digestif. Cette opinion n'est pas plus paradoxale que celle qui fait partir les phénomènes nerveux du tétanos d'une plaie.

Mais pourquoi les lésions de continuité donnent-elles une fois lieu à la stupeur et à l'affaiblissement des mouvemens, tandis qu'une autre fois au délire et aux mouvemens convulsifs? C'est ce que dans l'état actuel de nos connaissances nous ne pouvons pas encore expliquer.

Les résultats que nous publions sont remarquables à côté de ceux qui ont fait réputer la maladie dont il s'agit comme extrêmement grave.

Les succès ne sont pas récens, nous les avons vus également l'été dernier, comme on peut s'en assurer, en lisant le compte-rendu par M. le docteur Jules Pelletan.

Ce ne sont donc ni l'influence de la saison, ni celle des conditions atmosphériques qui sont la cause de cette différence entre nos résultats et ceux des autres, parce que nous les avons observés aussi bien dans les saisons opposées.

Cette différence tient-elle à la gravité moindre de la maladie? Nous ne le pensons pas. La plupart des malades que nous avons observés présentaient des symptômes très-graves; et, d'ailleurs, il est de l'intérêt de M. Bouillaud, lorsqu'il est de service au bureau central, d'envoyer dans son service les cas les plus graves pour prouver davantage l'efficacité de sa méthode de traitement.

C'est donc uniquement à la méthode que tient la différence des résultats. Le professeur de la Charité prétend que la nature principale des maladies connues sous le nom de fièvres typhoïdes, consiste en une inflammation putride du tube intestinal, et principalement de l'iléum; inflammation putride dont on peut regarder comme type la pustule maligne.

Dans l'impossibilité d'appliquer sur le tube digestif les caustiques, qui réussissent le mieux dans cette dernière affection, on est obligé, dans l'entéro-mésentérite putride, de suivre une autre méthode, qui réussit souvent par elle-même à guérir la pustule maligne.

Cette méthode consiste dans l'emploi des émissions sanguines générales, et principalement locales. Voici de quelle manière on les pratique le plus ordinairement dans le service de M. Bouillaud.

A l'arrivée du malade, si le mouvement fébrile est prononcé, on fait une saignée de trois à quatre palettes. Le lendemain on répète la saignée et on applique les sangsues ou les ventouses scarifiées sur le ventre, pour tirer trois palettes de sang.

Si le malade est d'une constitution forte, et que le mouvement fébrile persiste, on répète le même jour la saignée vers le soir. Mais le plus ordinairement la deuxième saignée générale est suivie d'une amélioration si sensible, qu'on se borne plus tard aux applica-

tions de ventouses scarifiées sur le ventre, qu'on répète selon le besoin. On favorise l'écoulement du sang au moyen des cataplasmes émolliens, dont on continue l'emploi les jours suivans.

Si aux symptômes ordinaires de l'entéro-mésentérite, se joignent des symptômes cérébraux, on pratique des émissions sanguines locales derrière les oreilles, et on applique les réfrigérans sur la tête et les révulsifs aux pieds.

Les boissons sont généralement de deux espèces :

1° Solution d'un sirop rafraîchissant, comme l'est celui de groseille.

2° Solution de sirop de gomme mêlée au chlorure de soude, en quantité de 10, 12, 18, 20 et 24 gouttes par potion.

Outre les tisanes avec le chlorure de soude, on donne cette dernière préparation en lavement, dans les bains, et on en arrose les lits des malades.

S'il survient des eschares, on les panse avec une décoction de quinquina mêlée au chlorure de soude et à l'alcool camphré.

Nous avons cru utile d'entrer dans ces détails de traitement; car il ne suffit pas d'indiquer le remède, il faut encore apprendre la manière de l'employer.

La plupart des praticiens font saigner les malades atteints de l'affection qui nous occupe; mais au lieu de donner le chlorure de soude, ils irritent le tube digestif enflammé par les préparations de jalap; les autres donnent le chlorure de soude, mais ils n'insistent pas assez sur les saignées.

Voilà la différence de l'application de la méthode qui suffit pour expliquer la différence des résultats.

Nous rendrons compte sous peu de temps des autres maladies.

N° 22. — 19 FÉVRIER.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Clinique de M. GUERSENT.

Observation sur un cas de tubercule du cervelet.

Les tubercules des centres nerveux sont beaucoup plus communs chez les enfans que chez les adultes. Il se passe peu de mois sans qu'il s'en présente quelque cas à l'hôpital des Enfans.

Tantôt ces produits accidentels siègent dans le cerveau, tantôt on les observe dans la protubérance, dans la moelle épinière ou dans le cervelet. Cette dernière portion de l'axe cérébro-spinal est celle où on les observe le plus fréquemment.

Une fois développés au sein des centres nerveux, les tubercules peuvent rester latens plus ou moins longtemps, et n'être observés qu'à l'autopsie des cadavres; la mort ayant eu lieu par suite d'une affection aiguë ou chronique des cavités thoraciques ou abdominales. Ce premier cas est assez fréquent; ou bien ce produit accidentel détermine un ramollissement de la substance cérébrale ambiante, et alors les malades succombent aux suites de ce ramollissement. Dans un troisième cas la méningite ou l'hydrocéphale aiguë prennent naissance et entraînent les malades au tombeau. C'est ce dernier mode de terminaison que nous a offert le sujet de l'observation suivante.

Rougeole antécédente; deux mois après céphalalgie intermittente, puis continue; vomissemens, somnolence, dilatation des pupilles; mort; épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux; ramollissement de la voûte à trois piliers; tubercules du cervelet.

Divé (Françoise), âgée de sept ans, née à Paris, d'une constitution grêle, est apportée de la rue des Brodeurs à l'hôpital des Enfans, le 20 avril 1834.

Issue de parens sains, cette jeune fille a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier 1834. A cette époque elle a contracté la rougeole, à laquelle a succédé une variole bénigne qui n'a pas laissé de traces profondes. Peu de temps après la disparition de cet exanthème fébrile, s'est manifesté un impétigo du cuir chevelu qui persistait encore au moment de l'entrée à l'hôpital, ainsi qu'une affection ulcéreuse des narines et de la matrice de l'ongle du gros orteil gauche.

Vers le milieu de mars, elle commença à éprouver des accès de céphalalgie dont les retours étaient assez fréquens, et qui quelquefois s'accompagnaient de vomissemens. L'enfant perdit sa gaîté; il cessa de se livrer aux jeux de son âge; elle toussait par intervalle et éprouvait des accès de fièvre irréguliers.

Le 12 avril, sans cause connue; la céphalalgie devient continue, les vomissemens se renouvellent et persistent avec la douleur de tête pendant deux ou trois jours. Un médecin est appelé; il fait appliquer six sangsues aux apophyses mastoïdes, le 12.

On renouvelle la même médication le 17, sans qu'il se manifeste la plus légère amélioration. Du reste, pas de mouvemens convulsifs, pas de délire. La malade a toujours répondu aux questions qui lui ont été adressées. Quelques grincemens de dents ont eu lieu dans la nuit du 19 au 20.

Examinée au moment de son entrée, à la visite du 20, elle nous offre l'état suivant :

Décubitus dorsal, somnolence, occlusion des paupières, œil fixe, dilatation des pupilles, sans trismus, sans rigidité des membres, sans renversement de la tête en arrière. La malade répond par oui et par non aux questions qu'on lui adresse; elle indique la tête comme le siége de son mal. La face est animée, le pouls fréquent, la peau chaude; elle éprouve de la constipation depuis plusieurs jours. Oxymel; lavement laxatif; six sangsues à chaque tempe, qui saignent abondamment.

Le 21, nausées sans vomissemens, face toujours animée, assoupissement plus profond; les pupilles sont toujours dilatées, mais assez mobiles; la vue n'est point

abolie, ni l'ouie ; la paupière du côté droit est plus abaissée que celle du côté gauche ; mêmes réponses par oui et par non ; gêne de la déglutition ; ventre indolent ; deux ou trois évacuations involontaires à la suite du lavement ; pouls petit et accéléré, 140 pulsations ; respiration inégale, suspirieuse. Dans le but de rappeler la suppuration du cuir chevelu, qui a entièrement cessé depuis l'invasion des accidens cérébraux, on applique de la pommade épigastrique sur la tête ; on promène des sinapismes sur les membres inférieurs, et on prescrit un nouveau lavement purgatif et une application de six nouvelles sangsues aux tempes.

Le 22, 148 pulsations, l'assoupissement augmente, la dilatation des pupilles persiste ; la tête se renverse en arrière ; du reste pas de contracture ni de paralysie des membres ; sensibilité de la peau intacte ; mêmes réponses par oui et par non.

Dans le reste de la journée, coma profond. Mort le 23 à six heures du matin.

Ouverture du cadavre 26 heures après la mort.

Crâne. Dure-mère saine ; pas de caillots dans le sinus longitudinal supérieur ; glandes de Pachioni peu apparentes ; arachnoïde transparente, sèche, poisseuse au toucher ; injection des vaisseaux qui rampent à la périphérie du cerveau ; pas d'infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Circonvolutions aplaties, pressées les unes contre les autres : pas d'adhérence de leur surface aux meninges qui la recouvrent ; leur couleur est d'un gris rosé ; la substance blanche est fortement sablée ; le corps en est généralement humide et la consistance normale. Les ventricules latéraux offrent une dilatation assez considérable, et contiennent une assez grande quantité de sérosité limpide. Les deux feuillets du septum lucidum sont un peu ramollis, ainsi que la surface de la voûte à trois pilliers, et la partie postérieure des ventricules vers les cavités digitales. Les plexus choroïdes, pâles, contiennent quelques granulations apparentes, surtout dans la portion voisine de la fente de Bichat. Epaississement de l'arachnoïde cellulense qui recouvre l'extrémité antérieure du ver supérieur. Un tubercule dur, homogène, d'un blanc-verdâtre, du volume d'une aveline, existe à la partie inférieure du lobe droit du cervelet ; il est visible à l'extérieur, est enchatonné dans la pulpe nerveuse, qui n'a subi autour de lui aucun changement de couleur et de consistance. Un autre tubercule de même volume occupe le bord externe de même lobe. Les membranes du cervelet sont pâles et n'offrent pas d'infiltration séreuse.

Thorax. Quelques adhérences de la partie moyenne du poumon droit à la plèvre costale. Nombreuses granulations grises demi-transparentes sous la plèvre qui tapisse le poumon, et dans le parenchyme de cet organe, également réparties entre le sommet et la base. Une masse tuberculeuse du volume d'un œuf de pigeon ; ramollie au centre, formée aux dépens des ganglions bronchiques, existe vers la bifurcation des bronches. Plusieurs autres ganglion tuberculeux vers la racine des poumons. Rien de remarquable dans le cœur et son enveloppe.

Abdomen. Muqueuse gastro-intestinale pâle, sans tubercules, sans ulcérations. Tous les autres viscères abdominaux sont sains, à l'exception de la rate, qui présente à sa surface et dans son parenchyme de nombreux tubercules.

N° 23. — 21 FÉVRIER.

DISPENSAIRE POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Ophthalmie catarrho-scrofuleuse avec ulcération profonde de la cornée ; inutilité du traitement homœopathique ; cautérisation avec le nitrate d'argent ; guérison.*

Etienne Dauvergne, âgé de vingt ans, employé à la boucherie de la compagnie parisienne, ayant presque perdu l'œil droit, il y a quelques années, à la suite d'une ophthalmie scrofuleuse, fut atteint à l'œil gauche, dans les premiers jours de janvier 1831, d'une ophthalmie catarrho-scrofuleuse assez intense, et contre laquelle une des célébrités homœopathiques modernes employa une des médications les plus puissantes de la nouvelle méthode ; quelques globules bi-millionièmes de belladone !!! On se doute bien que, malgré les assurances les plus positives de guérison données au malade, l'affection scrofuleuse continua sa marche, et qu'ici comme ailleurs, le traitement homœopathique fut complètement inutile. Heureusement pour sa vue, le malade désabusé se présenta le 28 janvier à la visite du Dispensaire, où nous constatâmes l'état suivant de l'œil :

Conjonctivites oculaire et palpébrale assez intenses pour qu'il devint impossible de reconnaître l'état des vaisseaux sanguins propres à la sclérotique ; cornée enflammée, légèrement terne dans les trois quarts de sa circonférence ; ulcération profonde, perforante, à bords frangés et évasés, ayant son siége à la partie externe et inférieure.

Ces symptômes étaient accompagnés d'une photophobie et d'un larmoiement très-douloureux. Ce cas était d'autant plus grave que l'œil droit pouvait à peine servir à diriger le malade dans sa marche ; il fallait donc à tout prix arrêter les progrès de l'ophthalmie, afin de s'opposer à la perforation de la cornée et aux conséquences funestes qui en sont la suite.

Quoique le sujet fût jeune et vigoureux, et que l'on eût pu user largement des évacuations sanguines locales et générales, il était à craindre que leur action ne fût pas suffisante pour amener ce résultat.

Pour plus de sûreté, M. le docteur Carron du Villards employa le traitement mixte suivant : saignée au bras de quatre palettes ; vingt sangsues aux apophyses mastoïdes ; puis, saisissant un crayon de nitrate d'argent, il le promena dans toute la circonférence de

l'œil et des paupières, après avoir préalablement cautérisé l'ulcération avec soin.

Le lendemain de cette médication on prescrivit le calomel à haute dose, et des bains de pieds sinapisés.

Tous les symptômes alarmans avaient disparu dès le troisième jour de ce traitement; à peine trouvait-on sur les muqueuses palpébrale et oculaire, des traces de cautérisation; l'œil n'était presque plus rouge. On fait prendre au malade quelques légers purgatifs, et on lui donne, pour instiller dans son œil trois fois par jour, le collyre du Dispensaire (1).

Au bout de six jours, l'ophthalmie a marché si vite vers la guérison, que l'on ne trouve qu'une légère cicatricule là où existait une ulcération profonde qui, abandonnée au traitement homœopathique, aurait fait perdre l'œil au malade.

Deuxième observation. — *Ophthalmie catarrhale peu intense, produite par un changement subit de température; lésion traumatique de la cornée; cautérisation; guérison.*

Patteron (Fr.), tailleur de pierre, âgé de cinquante-quatre ans, à la suite d'un changement brusque de température, contracta une blépharite catarrhale peu intense, contre laquelle il n'avait pas encore réclamé les secours de l'art, lorsque le 25 janvier 1835, un éclat de pierre ayant frappé le centre de la cornée, détermina dans l'œil une inflammation violente et rapide. Le malade ne voulut entendre parler en aucune manière ni de sangsues, ni de saignées, qui ont toujours été, selon lui, nuisibles à sa santé.

M. le docteur Carron du Villards se détermina à cautériser l'œil par l'insufflation de la poudre suivante:

Nitrate d'argent pulv. et porphyr.,	2 part.
Poudre impalpable de charbon de hêtre,	6

On insuffla quatre grains environ de ce mélange entre les paupières, que l'on maintint en contact l'une contre l'autre pendant quelques instans. Au moment même de l'insufflation, le malade éprouva une vive douleur accompagnée d'un épiphora très-abondant.

On remet au malade la même dose de cette substance pour répéter lui-même la médication le lendemain matin.

Deux jours après Patteron revint au Dispensaire, et nous pûmes facilement constater, non-seulement la disparition complète des phénomènes d'inflammation catarrhale, mais encore la diminution considérable de la tache traumatique de la cornée, qui ne consiste plus que dans un nuage léger situé sur le point qui a frappé le corps étranger.

Depuis long-temps le professeur Scarpa avait coutume d'arrêter les ulcérations perforantes de la cornée, par la cautérisation avec un cylindre de nitrate d'argent; mais, en France, c'est M. Gensoul, chirurgien distingué de Lyon, qui le premier a osé porter ce caustique sur la conjonctive dans les cas d'ophthalmies graves, accompagnées d'un flux abondant et puriforme. Les succès que M. Gensoul a obtenus dans l'emploi de cette médication, les deux exemples frappans que nous avons choisis entre plusieurs autres observés à la clinique de MM. Carron du Villards et Sichel, doivent engager les hommes de l'art à imiter ces praticiens.

Th. Cadel (de Villedieu).

(1) Eau distillée, 4 onces.
Sublimé, 1 grain.
Laud. de Syd., 8 gouttes.

De la Gélatine considérée comme substance alimentaire; par M. Edwards.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 16 février.)

Dans un premier mémoire qui lui était commun avec M. de Balzac, l'auteur s'était occupé de déterminer l'influence de la gélatine sur le poids de l'être soumis à ce régime; et pour arriver à des résultats décisifs, les expériences avaient été faites sur des animaux dont on pouvait disposer à volonté, et qu'on pouvait soumettre aux plus rudes épreuves; mais afin que les résultats fussent susceptibles d'applications à l'homme, l'espèce choisie pour les expériences était celle dont les fonctions digestives se rapprochent le plus des nôtres.

Pour bien connaître les effets de la gélatine, il était nécessaire de l'employer dans deux états différens:

1° A l'état de pureté, et par conséquent fade et insipide.

2° Convenablement aromatisée.

Dans le premier cas il a été prouvé, tant par les effets sur le poids du corps que par la durée des êtres soumis aux expériences, que la gélatine à l'état de pureté est alimentaire, il est vrai, mais qu'elle ne suffit pas seule pour entretenir la vie, et qu'il en était pour elle comme M. Magendie l'avait constaté pour bien d'autres substances alimentaires, pour celle même qui fait l'aliment par excellence de l'homme civilisé, pour le pain de froment, qui seul ne suffit pas pour entretenir la vie.

Les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient encore que le régime résultant de l'association du pain et de la gélatine était encore insuffisant, quoiqu'il retardât davantage le dépérissement que l'une ou l'autre des deux substances données isolément.

Quant à la gélatine aromatisée convenablement, c'est-à-dire aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient que cette substance ainsi modifiée possède des qualités éminemment nutritives, de sorte que cette addition donnait au régime précédent toutes les qua-

lités nécessaires pour entretenir le poids du corps, et même favoriser son développement.

Dans les expériences faites sur les chiens, il avait été possible de juger jusqu'à un certain point du plus ou moins d'activité et de force dépendant des variations de régime, mais on n'était pas arrivé à une mesure exacte.

Dans des expériences faites sur les hommes, la sensation d'abattement ou d'énergie ne donnait encore que des à peu près, et il devenait indispensable d'avoir recours à quelque moyen mécanique pour apprécier avec la rigueur nécessaire les variations de forces; mais avant tout il était nécessaire d'observer, indépendamment du régime, s'il n'y avait pas des causes qui faisaient varier les forces, et, dans le cas où l'on en reconnaîtrait, savoir si ces variations seraient soumises à quelque loi régulière.

Au moyen du dynamomètre, M. Edwards s'est occupé de mesurer les forces d'un même individu à cinq époques différentes de la journée : à sept heures du matin, onze heures, une heure après midi, sept heures et onze heures du soir.

Ces expériences, répétées dix jours de suite dans les circonstances les plus semblables, les plus ordinaires et les plus simples, a donné pour la force des mains au dynamomètre, les moyennes suivantes :

7 heures du matin.	67°,7
11 heures.	72 ,1
1 heure.	73 ,
7 heures du soir.	71 ,2
11 heures.	67 ,6

Ainsi, depuis le lever, à sept heures du matin, jusqu'à une heure après midi, la force a été croissante; ensuite elle a décliné dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis lors jusqu'à onze heures du soir. Ainsi, la marche des forces musculaires a été ascendante dans la première moitié de la journée, et descendante dans la deuxième; enfin les moindres intensités ont eu lieu aux deux extrémités de la journée, surtout au commencement.

Qui a pu déterminer cette mesure?

Est-ce la nourriture prise dans la matinée une heure après le lever, qui a développé les forces pendant cette période? Ou est-ce une marche naturelle à notre économie, indépendamment de toute cause excitante étrangère.

Pour savoir à quoi s'en tenir, il fallait changer l'heure des repas, mais de manière cependant à ce que le sujet de l'expérience n'en souffrît pas. Le déjeûner, pris jusque-là à huit heures, fut remis à dix heures et demie. Dans cet intervalle, on constata au dynamomètre, à sept heures, neuf heures et demie, dix heures et demie, l'état des forces de l'individu. La moyenne des trois expériences montra que, dans cet intervalle, et sans qu'il y eût de nourriture prise, sans qu'aucune cause excitante appréciable eût agi sur les forces, elles s'étaient augmentées progressivement.

Ainsi donc, lorsqu'on est à jeun, on peut éprouver depuis le lever un développement progressif des forces musculaires pendant une grande partie de la matinée, sans autre excitant que le jeu régulier de nos organes, et l'action la plus douce des agens extérieurs, même à l'abri de l'air libre et des rayons directs du soleil.

L'influence de la nourriture semble donc nulle en ce cas; cependant, comme il est bien certain que cette influence existe, pour en mettre en évidence les effets, il fallait changer de procédé.

Le moyen auquel M. Edwards s'arrêta fut de faire l'essai du dynamomètre l'instant avant le repas, puis de le répéter immédiatement après et à des intervalles successifs.

D'après cette méthode, ayant pris l'état des forces à sept heures, à neuf heures et demie comme dans la série précédente, le déjeûner eût lieu immédiatement après; aussitôt qu'il fut achevé, on fit de nouveau l'essai des forces musculaires, et l'on trouva qu'elles avaient considérablement augmenté; elles étaient accrues de 7°.

Cet effet, pour ainsi dire instantané, ce développement soudain de forces par le seul fait de l'ingestion des alimens, évalué comme nous l'avons dit, à 7° du dynamomètre, correspond à une augmentation de pression de 14 livres.

La moyenne de cinq jours confirma ces résultats : l'indication était de 76°, 8 immédiatement avant le déjeûner, et de 80°, 5 aussitôt après.

Quoique les alimens aient pour effet de rétablir nos forces, on ne s'attendrait peut-être pas à voir cet effet si soudain; mais ce point sera discuté plus tard.

Pour le moment, voyons quelle influence exerce la qualité des alimens.

Le repas dont il a été question, consistait dans une tasse de chocolat à l'eau et un petit pain; il s'agissait d'abord de savoir si l'eau qui en faisait partie pouvait produire la totalité ou une partie des effets constatés.

Ainsi, dans des circonstances parfaitement semblables et le lendemain des expériences précédentes, la même personne fit l'essai de l'eau pure dans la proportion où elle entrait dans la tasse de chocolat, et après le même intervalle de temps (huit minutes), elle eut recours au dynamomètre qui, au lieu d'augmentation, indiqua une diminution de 2°; l'expérience, répétée trois jours de suite, donna le même résultat.

Le second élément à apprécier était le sucre qui fut essayé associé à l'eau, mais l'eau sucrée donna aussi une diminution sensible.

On fit ensuite l'esssai du chocolat sucré et préparé avec la quantité d'eau habituelle, mais cette fois il y eut non plus diminution, mais augmentation de 3°, 7 au dynamomètre. Ce résultat fut le même dans les trois jours d'expérience.

Ainsi des parties qui constituaient le repas, les seules qui aient agi pour élever les forces sont le chocolat et le pain.

Les expériences suivantes eurent pour but d'examiner, et toujours de la même manière analytique, les ef-

fets de la gélatine sur les variations des forces musculaires. On commença par le bouillon ordinaire, mais l'usage étant de le prendre très-chaud, il devenait indispensable d'apprécier les effets de la température élevée; car dans les expériences précédentes, l'eau sucrée avait été donnée à la température de l'air.

On but donc huit onces d'eau à 40°, température ordinaire du bouillon lorsqu'on le prend; après un intervalle de huit minutes, comme dans les séries précédentes, le dynamètre indiqua une diminution de forces de 3°,3; même résultat trois jours de suite. Ainsi l'élévation de la température, loin d'exciter les forces, les avait au contraire abaissées, puisque l'ingestion de l'eau à la température ordinaire avait amené une moindre diminution.

L'effet de la température ainsi constaté, on fit l'essai d'un bouillon de très-bonne qualité; l'effet fut des plus énergiques, et dans quatre jours l'augmentation soudaine fut de 6 degrés au moins, de 8 au plus.

Il faut observer, dit l'auteur, que cette mesure ne représente qu'une partie de l'énergie due à l'aliment, puisque l'eau, d'une part, et la température de l'autre, tendent à abaisser les forces. Mais ce qui dans le bouillon a produit l'effet ascendant, effet dont une partie seulement est apparente, n'est autre chose que la gélatine dûment assaisonnée.

Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que cette substance est, de toutes celles qu'on a essayées par la suite, celle qui a amené le plus grand et le plus prompt développement des forces musculaires.

Le bouillon de la compagnie hollandaise fut ensuite essayé pendant sept jours, et a donné des résultats tout semblables à ceux du bouillon de ménage. Il fallait maintenant essayer du bouillon à la gélatine.

La règle pour la confection de ce bouillon, qui consiste à substituer deux onces de gélatine aux trois quarts de la viande qu'on emploierait pour la même quantité d'eau, fut ponctuellement suivie. Il en résulta un bouillon qui, au goût, ne se distinguait point du bouillon ordinaire.

Pris à la même heure et dans les mêmes circonstances où l'on avait essayé le premier, il donna au dynamomètre un accroissement de forces égal à neuf degrés, c'est-à-dire plus grand que dans les expériences précédentes, où la moyenne était de sept degrés.

Toutes les expériences dont nous venons de rendre compte étaient faites sur la même personne, et, dit l'auteur, il fallait bien que cela fût ainsi, si l'on voulait obtenir des résultats comparables. Mais par cela même qu'ils sont individuels, il n'est permis de les généraliser qu'après avoir soumis aux mêmes épreuves un assez grand nombre de personnes, non pas dans les mêmes détails, ce qui serait presque impossible, mais de manière du moins à s'assurer que les tendances observées chez l'individu, le plus complétement éprouvé, représentent bien les tendances générales de l'espèce.

Grâces au concours bienveillant de M. Voluson, chef de bataillon du 13e, et de M. Merle, chirurgien du régiment, 31 soldats de la compagnie du centre furent mis en expérience; l'épreuve du dynamomètre, faite immédiatement avant et immédiatement après le déjeûner, donna un accroissement moyen de forces équivalant à trois degrés environ, c'est-à-dire avant le repas, 79°,87, après 82°, 83.

Il était intéressant de savoir si le même phénomène se reproduirait à une époque plus avancée du jour. Nous avons vu en effet qu'il y a variation des forces suivant les périodes du jour. Mais c'est sur le premier individu qui avait servi aux expériences, qu'on a cru devoir constater la différence qu'il pouvait y avoir selon les repas. On n'en reconnut aucune; mais chez les 31 militaires il y eut une différence, et l'augmentation de force, dont la moyenne avait été de trois degrés après le déjeûner, fut de près de 5° après le dîner; savoir: avant le dîner 77°,32, après 82°, 16.

Afin de donner une base plus large à ces résultats, ces recherches furent étendues à une autre compagnie du même régiment, compagnie composée d'hommes également doués d'une grande force, mais dont la constitution physique était différente.

Les expériences faites sur 26 grenadiers donnèrent des résultats analogues, mais plus prononcés encore; ainsi, la différence avant et après le déjeûner était de 4° (3° pour le centre), celle avant et après le dîner 6° (centre 5°.)

Nous avons pu, poursuit l'auteur, soumettre au même genre d'épreuves les données que nous avions obtenues sur l'effet du bouillon ordinaire, car les deux repas des militaires commencent par la soupe au bouillon de viande. On essaya donc les forces des mêmes militaires de la compagnie du centre et de celle des grenadiers immédiatement avant la soupe et de suite après, non seulement au déjeûner, mais encore au dîner.

Compagnie du centre, augmentation après la soupe.

Au déjeûner.	1°,42
Au dîner.	4°,51

Grenadiers.

Au déjeûner.	3°,93
Au dîner.	5°,35

Ainsi les résultats fournis par la personne qui s'est soumise aux premières épreuves, coïncident parfaitement avec la moyenne des données obtenues dans les recherches en grand sur les militaires. Cette personne peut donc être regardée comme type des dispositions de l'espèce, et dès lors on peut s'en reposer avec confiance sur les résultats qu'il fournira dans les cas où la vérification en grand ne saurait avoir lieu.

(*La suite au prochain numéro.*)

—

N° 24. — 24 FÉVRIER.

BULLETIN.

Grossesse et accouchement d'une jeune fille de 10 ans.

Le fait suivant, observé par le docteur Rowlett, de Kentucky, est rapporté dans le numéro de novembre du The American Journal, d'après le Transylvania Journal of médicine.

Sally Deweese, fille de Jean Deweese, est née dans le comté de Butler, à Kentucky, le 7 avril 1824. Elle était d'une taille ordinaire, mais ses hanches et ses seins prirent un grand accroissement dès les premières semaines de sa naissance. A un an elle commença à être menstruée, et ses hanches et ses seins avaient pris un volume tel que tout le monde les remarquait, et le fait de sa menstruation prématurée fut généralement connu aussi. Les menstrues continuèrent avec régularité jusqu'à l'année 1833; elle devint enceinte alors, et le 20 avril 1834 accoucha d'un enfant du sexe féminin, pesant sept livres trois quarts.

Ainsi, à l'âge de dix ans et treize jours, elle devint mère d'un enfant de volume ordinaire, qui refusa de téter, et qu'on a élevé avec succès au biberon.

Au moment où j'écris, dit M. Rowlett, l'enfant pèse huit livres trois quarts, et la mère cent; elle a quatre pieds sept pouces de haut, paraît bien avoir son âge, et a une intelligence ordinaire.

Sally Deweese est la quinzième enfant de sa mère, qui l'a eue à quarante-cinq ans. Aucun membre de sa famille n'a présenté des signes de puberté ni de vieillesse précoce.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Fouquier.

Menstruation d'une jeune fille par l'estomac; hématémèse symptômatique.

Au n. 4 de la salle Saint-Joseph est couchée la nommée Grand, ouvrière, âgée de vingt-quatre ans, non mariée, réglée à quatorze ans; ses menstrues duraient trois jours, et étaient d'une abondance ordinaire; elles ont été régulières pendant deux ans; après cette époque, sans causes appréciables, les règles sont devenues de moins en moins abondantes, n'apparaissant plus que tous les deux ou trois mois; ce retard et cette diminution dans les menstrues étaient accompagnés de chaleur, de céphalalgie, de douleur à l'estomac et de malaise général. La malade ainsi tourmentée eut recours à un médecin, qui lui donna plusieurs remèdes violens qu'elle n'a pu nous nommer; elle a cependant retenu le nom d'émétique, qui lui était donné à la dose de trois grains, comme vomitif. Le médecin, toujous d'après le dire de la jeune fille, avait recours très souvent à ce dernier médicament. Enfin à l'âge de dix-huit ans, et à la suite de ce traitement, la malade, d'après ses expressions, est prise d'une inflammation du bas-ventre, qui est combattue avantageusement par les antiphlogistiques. Après la guérison, les règles, loin de reparaître, ne firent que se supprimer de plus en plus; et c'est alors que se montrèrent les phénomènes suivans :

Douleur extrême à l'épigastre, céphalalgie intense, éblouissement, tintement d'oreilles; enfin perte complète de la parole, impossibilité de tirer la langue au-dehors. La malade conservait cependant la mémoire et l'intelligence; car elle savait ensuite rendre compte de ce qu'elle avait senti et de ce qui s'était passé autour d'elle.

Ces phénomènes étaient plus marqués et d'une durée plus longue si les mois auparavant la jeune fille n'avait pas ou presque pas perdu de sang. Dans ce dernier cas il fallait avoir recours à la saignée du bras, et ce n'était qu'à la troisième que la douleur diminuait, que la céphalalgie devenait plus supportable, que les éblouissemens disparaissaient, que les tintemens d'oreilles ne se faisaient plus sentir, et que la parole revenait.

Si la malade avait eu, au contraire, un écoulement de sang de plusieurs heures ou d'un jour, la seconde saignée suffisait pour faire disparaître tous ces fâcheux symptômes. Mais il n'en a jamais fallu moins de deux. Si l'hémorrhagie utérine avait duré deux à trois jours, les mois suivans, à l'époque présumée de ses règles, la jeune fille éprouvait de la céphalalgie, de la douleur à l'épigastre. Mais les symptômes alarmans que nous avons énoncés ne se montraient pas cette fois, et n'avaient lieu que les mois suivans, à moins qu'une hémorrhagie artificielle ou naturelle ne vint interrompre leur cours. Telle fut la vie de cette malheureuse pendant l'espace de deux ans, souffrant horriblement à l'époque de ses règles, et incommodée très-fort dans leur intervalle. Enfin résolue d'aller à l'hôpital, elle entra dans les salles de M. Fouquier, qui, par des remèdes convenables, et au moyen de sangsues mises à la vulve tous les jours au nombre de deux, parvint à rappeler les règles; celles-ci devinrent régulières, d'une durée et abondance égales à la première menstruation.

Sortie parfaitement guérie, la jeune fille eut une santé parfaite pendant trois mois; à cette époque la mort de son père lui causa de violens chagrins, et ce fut sur ces entrefaites, sans d'autres causes connues, que la jeune fille fut prise, il y a quatorze mois, de pertes sanguines abondantes par le vagin; cet évacuation durait quelquefois tout le mois entier, d'autres fois vingt jours, mais jamais moins. A la suite de ces hémorrhagies, qui persistaient ainsi pendant six mois, la malade devint maigre, languissante; elle était dans le dernier état de faiblesse et d'épuisement quand elle fit appeler un médecin. Celui-ci, pour arrêter les pertes abondantes, eut recours au seigle ergoté, au vin chalibé, au carbonate de fer, au sulfate de potasse, ainsi qu'aux bains froids à la glace. Sous l'empire de

ces médications les évacuations se suspendirent tout-à-coup, et la malade se crut guérie pour un moment; mais à mesure que l'époque des règles approchait, le ventre devint d'abord douloureux à la pression, puis la douleur resta continue, l'abdomen se tuméfia, se tendit insensiblement, et à l'époque des règles se trouva tellement gonflé, que la malade prétend qu'on aurait pu la croire enceinte. Ce gonflement était aussi accompagné de nausées, d'aigreurs, d'irrégularités dans les digestions. Enfin à ces symptômes s'en joignit un autre, c'est le vomissement de sang qui s'exécuta avec tiraillement et douleur vive à l'estomac; durant ce temps les extrémités étaient froides et la figure pâle; le sang est noir; pur, liquide, elle en rend quelques onces. Ce vomissement a lieu une fois par jour, d'autres fois plus souvent; il dure trois jours, le même temps précisément que les règles. Après cette scène, le ventre reprenait son premier volume, les douleurs se calmaient, les autres phénomènes locaux et généraux se dissipaient, et la malade, quoique souffrante, pouvait prendre quelque repos au lit, jusqu'à ce qu'arrivasse, le mois prochain, le cortége des symptômes que nous avons énoncés; telle a été la marche de cette maladie, ou plutôt la vie de la malade jusqu'aujourd'hui, 3 février, qu'elle est entrée à la Charité, et nous a offert ce qui suit :

Cheveux noirs, peau brune, constitution assez maigre, tempérament nerveux-sanguin; le ventre est très-douloureux; la pression exaspère la douleur. L'estomac est gonflé et se dessine sous les tégumens. A la percussion il donne un son mat. Le pouls est petit, concentré; la langue est rouge, un peu sèche, pointue. La malade nous annonce que les règles par l'estomac auront lieu le 9; en effet, elles arrivent ce jour-là et durent jusqu'au 11. Le sang est pur, noir, liquide, sans caillot; ces vomissemens sont accompagnés de leurs symptômes ordinaires. Anxiété, refroidissement des extrémités, tiraillemens, douleur atroce dans l'estomac, etc.

D'après la malade, les vomissemens auraient été moins abondans que de coutume. Il est vrai que pour la première fois le sang s'est aussi échappé par les intestins, car les matières fécales en ont été teintes pendant les trois jours.

Traitement. Limonade sulfurique, lavement simple; trois soupes.

Le 9, *id.* plus, 20 sangsues à l'estomac.

Le 13, la région épigastrique est toujours douloureuse. Quinze sangsues à la vulve; eau de Rabel; trois soupes.

Le 14, la douleur à l'estomac est moins vive, mais la tête plus lourde. Eau de Rabel; bain de pieds; 1/4.

Le 17, même état. Eau de gomme; 15 sangsues au siége; 1/4 et du lait.

Le 18, la malade a éprouvé pendant la nuit de fortes palpitations qui sont toutes nerveuses, car l'auscultation ne fait rien découvrir. Potion antispasmodique; eau de mélisse; trois soupes et du lait.

La marche de cette maladie va donc suivre son cours ordinaire jusqu'à ce qu'on vienne l'enrayer; mais au moyen de révulsifs sur les membres inférieurs, de sangsues à la vulve et de tous les autres médicamens propres à rappeler le cours des règles, la malade reviendra sans doute bientôt à la santé. Si la maladie présentait quelques circonstances particulières, nous aurions soin de les faire connaître.

Empoisonnement de douze personnes de la même famille par l'arsenic; par le docteur W. G. Ramsay, de Charleston.

Le dimanche 4 août, le docteur G. Haig me pria de visiter avec lui et le docteur Simmons, une famille de douze personnes de couleur à Smith's Lane, qui avaient été prises de vomissemens aussitôt après le dîner; deux des enfans s'étaient plaint que la soupe avait un mauvais goût, et avaient refusé d'en manger.

1er cas. *Rose Pensel*, fille de couleur âgée de 9 ans, d'un tempérament sanguin, fut prise de vomissemens, de nausées, et d'une sensation de brûlure dans l'estomac immédiatement après avoir mangé; puis survinrent des convulsions, la dilatation des pupilles. Peau froide; pouls à 120, petit, vite et irrégulier; quand les convulsions se calment, douleurs très-vives à la tête et à l'estomac. Le sulfate de zinc et l'eau chaude en abondance provoquent les vomissemens; blanc d'œufs, sinapismes aux jambes; douze onces de sang sont tirées de l'épigastre par des ventouses; eau gommée à la glace; un verre de vin toutes les quinze minutes; glace sur la tête.

A huit heures du soir, elle n'a vomi que deux fois depuis la dernière visite; la peau est moins froide; les convulsions sont calmées; la douleur d'estomac a cédé; stupeur. Continuer l'eau de gomme et les applications froides sur la tête; fomentations chaudes à l'épigastre.

Le 5 août, à six heures du matin, le sommeil a été bon. Peau chaude; céphalalgie violente; délire; pupilles dilatées; intolérance de la lumière, yeux injectés. Pouls petit et à 120. Ventouses à la nuque; on tire 6 onces de sang. On rougit les jambes avec des couvertures trempées dans l'eau chaude; huile de ricin 1/2 once.

A une heure, les accidens cérébraux ont diminué; constipation. Lavement purgatif.

A huit heures du soir, assoupissement; pas de selles. Sulfate de magnésie à petite dose.

Le 6, à huit heures du matin, l'enfant a mal dormi. Intelligence confuse; douleur de tête; selles noires; pouls petit et irrégulier. Douze sangsues au cou; vésicatoire entre les épaules; sulfate de magnésie. A deux heures, amélioration; pouls régulier, à 100. Le mieux continue; il n'y a plus de dilatation des pupilles. Pouls à 96. La nuit elle dort bien.

Le lendemain elle est convalescente; l'intelligence est complète; plus de douleurs. Les symptômes ont ici été plus graves que chez les autres personnes, l'enfant ayant mangé une plus grande quantité de soupe.

2e *Margaret*, sœur de Rose, âgée de sept ans, fut

prise, après le repas, de vomissemens et d'un sentiment de brûlure à l'estomac, de faiblesses. Peau froide; pouls petit et vîte; pas de convulsions ni de trouble de l'intelligence.

Ces symptômes moins violens furent calmés par un vomitif avec le zinc; douze onces de sang par le moyen de ventouses, et des fomentations chaudes à l'épigastre, et l'eau de gomme à la glace pendant la nuit.

Le 5, à sept heures, elle avait peu dormi dans la nuit; ne se plaignait que du mal de tête; peau naturelle; pouls à 80; huile de ricin demi-once; amélioration le soir, évacuations alvines abondantes, pouls naturel à 76.

Le 6 convalescence; tuméfaction de la face, et surtout des paupières et des articulations des doigts.

3e *Maria*, âgée de six ans, autre sœur, fut prise des mêmes symptômes après avoir mangé une petite quantité de soupe. Vomitif avec le zinc et l'eau chaude. Rétablissement prompt; convalescence le 6.

4e *Margaret Wilson*, leur tante, âgée de cinquante ans, pléthorique, fut violemment affectée, après avoir mangé, de vomissemens et de selles, de douleur brûlante à l'estomac, de constriction à la poitrine. Pouls lent, plein et irrégulier, urines difficiles et douloureuses, selles noires et fétides, douleur brûlante à l'anus. Eau chaude qui suffit pour bien évacuer; six onces de sang tirées de l'épigastre par des ventouses : saignée du bras de douze onces; fomentations à l'épigastre; eau de gomme à la glace fréquemment.

Le 7, à six heures du matin, peu de sommeil, les selles et les vomissemens sont arrêtés; pas de douleur à l'estomac; pouls régulier et souple. Toujours de la difficulté et de la douleur en urinant. Emission considérable de sang par l'utérus, qu'elle regarde comme un retard de règles, bien qu'elle ne soit plus menstruée depuis cinq ans. Vertiges et céphalalgie.

Le 6 les symptômes s'amendent, et le 7 elle entre en convalescence. Tuméfaction de la face et des articulations.

5e *Louisa Richardson*, femme nègre, âgée de quarante ans, de constitution délicate, fut prise, une heure environ après avoir mangé, de vomissemens, de défaillance, de douleur brûlante à l'estomac : pouls petit et accéléré; soulagement par un vomitif avec le zinc et l'eau chaude; fomentations à l'épigastre; eau de gomme à la glace.

Le 5, elle a mal dormi; pas de douleur, mais une grande faiblesse; pouls très petit et accéléré. Elle a eu dans la nuit trois selles noires et fétides. Huile de ricin, demi-once.

Le 6, amélioration. Le purgatif a bien opéré. Pouls plus naturel.

Le 7 convalescence accompagnée de quelques palpitations incommodes.

6e *Ann*, femme de couleur, et fille de la précédente, âgée de 18 ans, fut prise, aussitôt après le repas, de vomissemens, de défaillances, de douleur brûlante à l'estomac. Pouls petit et accéléré; peau froide; céphalalgie violente. Douze onces de sang de l'épigastre; vomitif avec le zinc; eau de gomme à la glace; fomentations sur l'épigastre.

Le 5, amélioration.

Le 6, convalescence, accompagnée de tuméfactions semblables aux autres, et de mal de gorge.

7e *Mary*, sa sœur, fille de couleur, âgée de quinze ans, fut malade aussitôt après le dîner, de la même manière, et guérie par les mêmes moyens. Sa convalescence présenta aussi des tuméfactions articulaires.

8e *Agnès*, leur sœur, âgée de douze ans, remarqua, après avoir pris un peu de soupe, qu'elle avait un goût aigre et ne voulut pas en manger davantage; elle vomit promptement le peu qu'elle avait pris; et n'éprouva aucun symptôme sérieux.

9e *James*, leur frère, âgé de huit ans, refusa aussi de manger sa soupe à cause de son mauvais goût; il fut légèrement affecté.

10e *Maria*, fille de couleur, âgée de cinq ans, fut prise de vomissemens aussitôt après avoir pris un peu de soupe; un vomitif et l'eau chaude suffirent pour la délivrer.

11e *Mary Hamilton*, femme de couleur, âgée de trente-cinq ans, de faible constitution, mangea aussi de la soupe, et fut immédiatement prise de vomissemens et de contractions douloureuses, de douleur brûlante à l'estomac. Pouls faible, accéléré, irrégulier; pas de selles. Six onces de sang de l'épigastre; vomitif; eau gommée à la glace; fomentations à l'épigastre.

Le 5, soulagement; engourdissement des boyaux. Huile de ricin. Sa maladie s'est prolongée quelques jours de plus à cause de sa faible constitution.

12e *Ann*, sa fille, âgée de quatre ans, fut prise aussi de vomissemens, et soulagée par un vomitif et des fomentations à l'épigastre.

Les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic sont évidens et bien tranchés dans tous ces cas, dit l'auteur; et ne croyant pas à un antidote de l'arsenic, les malades ont été traités avec succès comme s'ils eussent été atteints de gastrite aiguë.

MM. Caullier et Harper, chimistes distingués, ont retrouvé l'arsenic dans les matières vomies. C'est, à ce qu'il paraît, un nègre qui avait jeté de l'arsenic dans la soupe sans être vu.

De la Gélatine considérée comme substance alimentaire; par M. Edwards.

(Mémoire lu à l'académie des sciences, séance du 16 février.)

(Suite du numéro précédent.)

Nous avons dit que les résultats obtenues sur le premier individu s'accordent avec la moyenne de ceux que

fournissent les militaires ; il reste à parler des écarts observés chez ceux-ci.

Quelle est la nature de ces écarts ? Les résultats particuliers diffèrent-ils seulement par le degré, ou s'en trouve-t-il en sens contraire ? C'est ce qu'il est important de faire connaître. Or, voici ce qui a été observé :

Les 26 grenadiers ont tous montré une augmentation de forces après le déjeûner; des 31 militaires du centre, 25 ont eu de même augmentaton de forces ; après le dîner 28.

Dans quatre cas seulement on a observé diminution de forces après le déjeûner et après le dîner.

En tenant compte de la manière dont sont formés les régimens, on pouvait donc établir en règle générale que chez les hommes forts il y a augmentation de force après chaque repas modéré et convenablement composé, et il y avait lieu de soupçonner que les exceptions observées provenaient de ce que quelques-uns des sujets soumis à l'expérience n'étaient pas des hommes forts.

Un moyen se présentait de vérifier ce doute ; c'était de répéter les essais sur des individus plus faibles, soit en raison d'un état maladif, soit en raison de leur âge. M. Hubert, instituteur à Versailles, voulut bien permettre qu'on fît dans son pensionnat les expériences aux heures et dans les circonstances convenables.

Chez ces jeunes gens, la moyenne des résultats fut en sens contraire de ce qui avait été observé chez les militaires.

Ainsi, chez des individus qui présentent en raison de leur âge une faiblesse relative dans une constitution saine et normale, il y a eu généralement abaissement des forces musculaires immédiatement après le repas ; mais cette tendance descendante, comme le prouvent les nombres observés, est beaucoup moins prononcée que la tendance en sens contraire qui a lieu dans les mêmes circonstances.

Ce contraste entre les effets immédiats des alimens sur les forces musculaires, suivant la force ou la faiblesse des individus, mérite de fixer l'attention. L'élévation ou la dépression des forces qui suit l'ingestion des alimens est pour ainsi dire instantanée ; c'est un effet de contact passager, et qu'il faut pour ainsi dire bien distinguer des effets subséquens dus à la digestion des substances ingérées. Cette opération commençant immédiatement après l'arrivée des alimens dans l'estomac, tend à concentrer vers cet organe les forces de l'individu, et par cosnéquent à contrebalancer l'autre effet. Ainsi, il y a après l'ingestion des alimens deux tendances opposées, et c'est seulement leur différence que fait connaître le dynamomètre. Cette différence est en moins chez les personnes faibles, et en plus chez celles qui sont vigoureuses.

Si la quantité des alimens est modérée, l'appel des forces vers l'estomac sera moindre, tandis que l'excitation produite par le contact sera la même que si le repas avait été plus copieux. Dès lors on conçoit qu'il peut y avoir des cas où après la soupe le développement des forces musculaires sera plus grand qu'à la fin du dîner ; c'est ce qui a été reconnu en effet chez plusieurs femmes.

Or, poursuit M. Edwards, c'est là un des plus grands avantages du bouillon, c'est-à-dire de la gélatine aromatisée, qui, sous ce rapport, ne saurait avoir d'équivalent.

L'individu qui s'était soumis aux premières expériences, ayant fourni des données parfaitement concordantes avec les moyennes d'observations faites en grand, on pouvait le considérer comme type et se dispenser de vérifier les autres résultats obtenus sur lui.

Cependant, en raison de l'importance de la question, il était nécessaire de faire exception pour un de ces résultats, celui qui avait fait reconnaître l'action puissante du bouillon à la gélatine pour développer rapidement les forces musculaires. Un grand nombre d'amis de l'auteur ont eu la complaisance de se présenter à cette épreuve. Tous, après avoir pris cette soupe faite suivant les règles, et dont le goût ne différait en rien de celui de la soupe ordinaire, ont montré une augmentation notable de forces musculaires.

Les expériences ont été répétées à l'hôpital Saint-Louis, grâces à l'obligeance de M. Jourdain, administrateur de l'hospice, du médecin en chef M. Alibert et de M. Biett.

A l'heure du dîner, époque où le repas commence par une soupe faite avec une solution de gélatine aromatisée par la proportion prescrite de viande, un certain nombre de malades, hommes des salles de M. Biett, ont été mis à trois épreuves du dynamomètre ; l'une avant l'autre après la soupe, et la dernière à la fin du repas.

Voici quelle a été la moyenne des résultats.

Avant la soupe à la gélatine.	66°
Après.	68°

Des expériences analogues ont été faites sur trente-sept femmes des salles de M. Alibert, les moyennes ont été :

Avant la soupe à la gélatine.	45°
Après.	48°

Dans les deux cas il y a eu, à la fin du repas, une augmentation moyenne de forces.

« Tous ces résultats, poursuit M. Edwards, font connaître l'effet du bouillon à la gélatine aromatisée par la viande, tel qu'il est prescrit par l'auteur et tel qu'il est préparé à Saint-Louis. »

On pourrait penser que le rôle de la gélatine se borne à sustenter le corps sous le rapport des matériaux qui le constituent, mais que l'excitation des forces dépend uniquement de la partie sapide et odorante du bouillon.

Pour décider de cette question par l'expérience, deux espèces de bouillons ont été préparés qui ne différaient que par la quantité de gélatine aromatisée.

Ainsi, dans l'un il y en avait deux onces, dans l'autre quatre, et pendant trois jours la personne qui avait servi pour les premières expériences, a fait usage de ces bouillons. Celui qui ne contenait que deux onces de gélatine aromatisée a produit un accroissement de forces de 9° ; celui qui en avait 4 a donné 11°, 34.

Ainsi, dit M. Edwards, on peut énoncer en thèse générale que l'intensité d'action de la gélatine sur les forces musculaires tend à croître avec la proportion de cette substance; d'où il suivrait que le bouillon fait avec deux onces de gélatine et une livre de viande agirait ou tendrait à agir plus énergiquement sur les forces musculaires que le bouillon ordinaire préparé avec quatre livres de viande.

L'influence fortifiante de la gélatine par elle-même a été confirmée par un nouveau résultat; c'est que l'action fortifiante du bouillon avec le maximum de gélatine a eu non seulement une plus grande intensité, mais aussi une plus grande durée, car il ne faut pas supposer que ces deux termes, intensité et durée, soient toujours en rapport.

Pour ne laisser aucun doute sur la part active de la gélatine dans l'élévation des forces, M. Edwards a essayé la gélatine pure extraite des os par l'appareil de l'hôpital Saint-Louis; une solution prise trois jours de suite aux mêmes heures, et dans les mêmes circonstances que dans les circonstances précédentes, a donné un accroissement notable de forces.

Ici se terminent les expériences faites par M. Edwards.

Une troisième partie qu'il fera imprimer, mais qu'il ne se propose pas de lire à l'académie, est relative à la partie pratique de la question, et se compose d'un ensemble de faits observés en différens lieux, classés et discutés par l'auteur.

Onguent du docteur Geddings *contre les hémorrhoïdes.*

Cet onguent est recommandé pour calmer l'irritation causée par les hémorrhoïdes.

Prenez :	Carbon. de plomb en poudre,	demi-once.
	Sulfate de morphine,	quinze grains.
	Ong. stramon...,	une once.
	Huile d'olive,	*q. s.*

On peut substituer une drachme d'opium en poudre à la morphine.

N° 25. — 26 Fevrier.

BULLETIN.

Traitement de l'aménorrhée et des douleurs utérines qui accompagnent et précèdent la menstruation, par le gaz acide carbonique; par M. le professeur Mojon.

Tous ceux qui se livrent à l'art de guérir savent qu'il est des femmes qui, sans être atteintes d'aménorrhée complète, éprouvent avant et même quelque temps pendant la menstruation, des douleurs vives, poignantes, etc.

Divers genres de médication ont été mis en usage, parmi lesquels il en est plusieurs qui augmentent la souffrance du malade, par une surexcitation nerveuse. C'est ce qui a porté M. le professeur Mojon à proposer le gaz acide carbonique, qu'il considère comme un excellent antiphlogistique, en opposition à l'opinion d'un grand nombre de médecins qui le regardent comme un stimulant.

Les fumigations, au moyen de ce gaz, peuvent également être employées dans les cystites, les ophthalmies et autres inflammations locales. Ce professeur croit que cet agent thérapeutique agit non-seulement sur le sang en diminuant sa plasticité, mais aussi sur le solide organique, en relâchant et en affaiblissant la fibre et la jetant dans un état de prostration et de torpeur.

On prépare ces fumigations en recevant dans le vagin l'extrémité libre d'une canule en gomme élastique par laquelle passe le gaz acide carbonique, que l'on dégage du carbonate calcaire au moyen de l'acide hydrochlorique affaibli. Ces fumigations doivent être répétées deux fois par jour pendant l'époque qui précède les règles : non-seulement elles en régularisent le cours, mais elles en font disparaître les douleurs qui les précèdent, les suivent ou les accompagnent.

On peut s'empêcher de préparer le gaz acide carbonique, au moyen des appareils ordinaires, en recourant à des vessies à robinet, pleines de ce gaz, auxquelles on adapte la canule précitée. L'on n'a besoin alors que d'ouvrir le robinet et d'exercer une légère pression sur la vessie, pour donner issue au gaz acide carbonique, qui est ainsi porté dans le vagin par le tube de gomme élastique.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Division des aliénées. — Service de M. Pariset.

Mouvement de la population pendant le mois de janvier dernier.

Il y a eu dans ce mois 57 admissions, 12 sorties et 19 décès. Les 57 aliénées que la police ou le bureau central ont envoyées, présentaient les cas de folie suivans :

Exaltation maniaque, avec fureur et incohérence dans les idées et les souvenirs.	13 alién.
Manie intermittente avec contorsions convulsives des membres droits chez une fille de 10 ans.	1.
Délire aigu, avec paralysie, chez une jeune femme, à la suite de couches.	1
Accès de manie périodique revenant à des intervalles plus ou moins éloignés.	6
Mélancolie avec terreurs vagues et imaginaires.	5
Mélancolie avec hallucinations.	4
	30

Mélancolie avec penchant au suicide.	2
Monomanie des grandeurs.	1
Id. des richesses, de grands héritages.	1
Démence avec paralysie générale chez deux jeunes filles.	2
Démence sénile.	4
Démence avec paralysie, chez de vieilles femmes.	11
Démence avec épilepsie.	4
Imbécillité, idiotisme.	2
Total	57

On voit que les manies furieuses et les démences incurables ont été les affections les plus nombreuses; ensuite viennent les manies périodiques, les mélancolies, les monomanies et les hallucinations.

Si l'on ajoute aux 11 cas de démence avec paralysie les 4 de démence sénile, les 4 d'épilepsie et les 2 d'idiotisme, on aura un total de 21 cas contre lesquels les ressources de l'art doivent inévitablement échouer.

Elles ne présentent de chances de succès que sur les 36 autres aliénées, qui seules ont pu réellement être admises à un traitement actif.

Sur ces 36 malades, 3, dans ce premier mois, sont déjà sorties en pleine convalescence. Les 9 autres guérisons ont été obtenues sur des malades reçues antérieurement, et après un traitement de deux, trois et cinq mois.

Les décès ont été nombreux dans le mois de janvier. On ne doit pas s'en étonner, puisqu'on en compte 13 parmi de vieilles femmes paralytiques, âgées de plus de soixante-dix ans, et que les autres hôpitaux évacuent sur la Salpêtrière, malgré nos justes réclamations, à la plus légère manifestation de délire ou d'agitation; elles n'y arrivent que pour y terminer leur existence.

Si les autres établissemens consacrés aux aliénés imitaient l'exemple que nous leur donnons, en publiant ainsi chaque mois le relevé exact de leurs registres, on pourrait, à la fin de l'année, obtenir un ensemble de résultats positifs dont la comparaison ne serait pas sans intérêt.

Sc. Pinel.

CHOLÉRA-MORBUS DE MARSEILLE.

Les cas de choléra devenant plus rares de jour en jour, et la maladie ayant perdu les principaux caractères de choléra asiatique, l'administration municipale a cessé la publication de ses bulletins.

Nous devons faire remarquer cependant que la *Gazette du Midi* ne paraît pas partager cette confiance de l'administration; elle ajoute que les bulletins de la mairie, *grâce à la mauvaise volonté des médecins* et à l'obstination des classes populaires, offraient si peu d'exactitude que leur suppression ne sera pas regrettée.

La Gazette du Midi aurait au moins dû attendre la fin de l'épidémie pour faire preuve d'ingratitude envers nos confrères marseillais; voilà déjà plusieurs fois qu'elle les attaque et les accuse *de mauvaise volonté.* Une pareille accusation sans preuves est on ne peut plus blâmable.

Ce qui a sans doute induit en erreur ce journal, que nous croyons de bonne foi, c'est la réserve que les médecins ont été forcés de mettre dans leurs rapports. M. Robert dit en effet dans sa dernière lettre, adressée à l'académie, qu'ils étaient fort embarrassés pour ôser désigner la maladie dans les bulletins de maladie ou de mort adressés à l'autorité; car si le choléra eût augmenté, on aurait eu des *scènes scandaleuses et aggressives contre les médecins.* De cela à de la mauvaise volonté il y a loin.

M. Robert ajoute que sur cinq mille hommes de garnison il n'y a pas eu un seul malade.

Les équipages des bâtimens qui sont dans le port n'en ont eu que deux; il n'y en a eu aucun dans les pensions. Parmi les morts, on compte 2 avocats, des négocians très-riches, 2 pharmaciens, la directrice de la maison d'accouchement et quelques autres personnes notables, 2 médecins ont été atteints peu gravement.

La maladie a présenté, du reste, des crampes peu douloureuses, et plus de selles que de vomissemens.

N° 26. — 28 Fevrier.

BULLETIN.

Meurtre d'un médecin par un malade.

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des hôpitaux.

Saint-Antonin, le 22 février 1835.

Monsieur,

Comme nous, je pense, vous serez saisi d'horreur lorsque vous apprendrez la fin d'un de nos confrères les plus distingués du département, victime de son zèle pour notre art qu'il professait avec succès.

M. Prestat, médecin à Caylux, avait trépané un malade, qui peu de jours auparavant avait eu un os de la tête fracturé par un énorme coup porté sur cette région. Un état de manie dont personne ne s'était aperçu, encore moins sa malheureuse victime, s'empara de ce malade, au point qu'après avoir obtenu de son imprudente garde un couteau sans avoir le moins du monde laissé entrevoir son projet, le 19 février il en frappa M. Prestat au moment où celui-ci, placé devant son lit, et ayant levé les bras pour détacher le bandage de tête et procéder au pansement, semblait, dans cette situation, lui tendre pour ainsi dire son ventre. Une énorme solution de continuité de six pouces de longueur en fut la suite, elle était placée sur la ligne blanche, et s'étendait depuis l'apophyse xyphoïde jusques et un peu

au-dessus de l'ombilic ; sa profondeur pourrait avoir pour mesure exacte toute la longueur de la lame du fatal instrument.

Comme il paraît que l'éventration fut opérée de bas en haut, on peut affirmer qu'aucun organe ne fut épargné ; le foie lui-même fut légèrement atteint. Le péritoine, le mésocolon et son artère furent traversés. Les artères épigastrique et mésentérique furent ouvertes : aussi notre malheureux collègue mourut-il huit heures après avoir reçu le coup fatal au milieu de ses nombreux amis !

Une hémorrhagie le fit éteindre lentement ; mais pendant plus de deux heures il montra une de ces âmes fortement trempées, qui ne s'émeuvent jamais, même à l'approche d'une mort certaine.

Vous rendre compte de la conversation ferme et résolue qui précéda son agonie serait trop long sans doute, mais vous convaincrait du moins qu'il est peu d'hommes qui, comme lui, sachent mourir avec calme et résignation.

L'autopsie fut faite quinze heures après la mort. Une énorme quantité de sang fut trouvée dans le ventre ; l'hémorrhagie interne fut moindre, il est vrai, et dans les intestins grêles seulement.

Agréez, etc.

F. Cardonnel, D.-M.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel, professeur.

Entérite accompagnée de quelques symptômes typhoïdes; incertitude du diagnostic au début ; emploi des antiphlogistiques ; guérison.

Au n. 18 de la salle Saint-Lazare, a été couchée, le 13 février, une femme âgée de trente-cinq ans, d'une assez forte constitution, journalière. Elle habite Paris depuis un an ; elle est accouchée pour la seconde fois il y a deux mois environ ; l'accouchement a été naturel ; pas de malaise pendant les huit premiers jours, mais le neuvième il survient de la fièvre et des douleurs abdominales qui nécessitent l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu. Elle y reste huit jours, et reprend ses occupations après sa sortie ; mais trois semaines après, diarrhée, douleurs abdominales, diminution des forces, céphalalgie, étourdissemens. Elle veut se livrer à ses occupations, mais elle se trouve tellement faible, qu'elle tombe dans sa chambre.

Examinée le 14 février, cinq jours après l'invasion de ces accidens, elle offre les symptômes suivans :

Expression de la physionomie naturelle, réponses justes et ne se faisant point attendre, céphalalgie frontale, bourdonnemens d'oreilles, sommeil agité, interrompu par la fréquence des évacuations, dont le nombre s'élève à vingt dans les vingt-quatre heures. Le ventre est bouffi, mollasse, sonore à la percussion ; quelques taches rosées imparfaitement dessinées occupent l'abdomen et le thorax. Du reste, pas de coliques, pas de tenesme, pas de chaleur au fondement. Le ventre est simplement endolori, la langue a de la tendance à se sécher ; la soif est vive. Pas de nausées ni de vomissemens ; la peau est chaude, le pouls donne 85 pulsations ; l'auscultation de la poitrine fait entendre du râle sibilant à droite et à gauche. Saignée du bras de deux palettes ; eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme ; cataplasme sur le ventre ; demi-lavement émollient.

En voyant cet ensemble de symptômes, il serait naturel de se demander s'il existait chez cette femme une entérite simple ou bien une de ces entérites folliculeuses que l'on connaît sous le nom de fièvre typhoïde.

Si, avec la céphalalgie, les bourdonnemens d'oreilles, le râle sibilant de la poitrine et cette altération profonde de la contractilité musculaire qu'accusait la malade, il n'y avait eu que deux ou trois évacuations, le diagnostic n'aurait pas été douteux ; mais ici la faiblesse de la malade était en rapport avec le nombre des évacuations. Aussi M. Chomel hésita-t-il à porter un diagnostic définitif le premier jour de l'admission de la malade. Quelques symptômes pouvaient faire soupçonner alors une entérite folliculeuse, mais heureusement la marche ultérieure de la maladie n'a pas confirmé les soupçons. Sous l'influence des antiphlogistiques et des boissons délayantes, la diarrhée a diminué graduellement, ainsi que la fréquence du pouls, et la maladie s'est rapidement terminée par la guérison.

On voit qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'on le dit de distinguer la phlegmasie intestinale qui siége dans le plan même de la muqueuse, de celle qui occupe les follicules agminés et isolés de l'intestin grêle.

Chorée survenue sous l'influence d'un trouble de la menstruation; retour des menstrues; emploi des bains et des antispasmodiques ; guerison.

Une jeune fille âgée de seize ans, blanchisseuse, d'un tempérament nerveux et lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouvait depuis cinq ou six mois une aménorrhée, lorsque les règles reparurent ; une imprudence commise par la malade qui plongea la main dans l'eau froide pendant la période menstruelle, lui occasiona une suppression des menstrues et un malaise général ; on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle devenait plus maladroite que d'habitude ; on lui adressa de vifs reproches, et c'est à cette dernière cause qu'elle rapporte les accidens qu'elle éprouve aujourd'hui.

La main gauche est sans cesse agitée par des mouvemens désordonnés ; la malade ne peut tenir un verre plein d'eau sans le renverser, ni le porter à sa bouche. La face est grimaçante, l'articulation des sons difficile. Lorsque la malade est dans son lit, la jambe gauche est à peu près immobile ; mais si l'on oblige la malade à marcher, elle traîne ce membre, qui souvent s'accroche à l'autre, ce qui rend la progression très-irrégulière. Du reste, le côté droit est tout-à-fait intact. La malade n'éprouve ni douleur de tête, ni rachialgie ; la

chaleur de la peau est naturelle, le pouls est normal. Le trouble de l'action des membres soumis à la volonté, ne s'observe que dans le côté gauche.

Cette chorée présente la forme que les Allemands ont décrite sous le nom de chorée semi-latérale. Cette forme est moins connue que celle qui affecte simultanément les deux côtés du corps.

Lorsque la malade fut admise à l'hôpital, le 30 janvier, elle faisait remonter à douze jours l'invasion de sa maladie, qu'elle attribuait aux contrariétés éprouvées par suite des vifs reproches qu'elle recevait journellement. Mais il est probable que la maladie existait déjà lorsque ces reproches lui étaient adressés sur sa maladresse. C'est ainsi que chez les enfans, qui sont beaucoup plus sujets à cette affection que les adultes, lorsque la maladie commence, on attribue ces troubles à des habitudes vicieuses, et on les réprimande plus ou moins sévèrement. Si les accidens augmentent, comme cela arrive fréquemment, les parens ne manquent pas de les attribuer à une cause qui y est tout-à-fait étrangère. La véritable cause, dans le cas dont il s'agit, c'est la suppression des menstrues, qui a eu lieu au commencement de janvier. Aussi l'indication principale est-elle de favoriser le cours des regles. On a administré à la malade, le jour même de son entrée, un bain tiède; on lui a en même temps recommandé de diriger de vapeurs aromatiques vers les parties sexuelles, et on lui a prescrit à l'intérieur une infusion de valériane.

Dans les premiers jours de février les règles ont reparu, et leur apparition a coïncidé avec une amélioration presque instantanée. Plus tard une légère recrudescence a eu lieu; on a repris les bains et la valériane, et la malade a quitté l'hôpital entièrement guérie, le 20 février.

Rhumatisme articulaire aigu parcourant toutes les articulations, à l'exception de celle du genou gauche qui est affectée d'ankylose; saignée au début; puis emploi du vin de colchique; guérison lente.

Un cordonnier âgé de 35 ans, d'une constitution médiocrement forte, ayant été affecté à l'âge de 12 ans, d'une tumeur blanche du genou gauche qui est resté le siége d'une ankylose, passa, vers le milieu de janvier, la nuit à la porte d'un théâtre par un temps pluvieux.

Dès le lendemain, malaise général, douleurs vagues dans quelques articulations. Le pied droit rougit et se tuméfie, et devient douloureux; puis l'épaule du côté gauche est envahie, plusieurs autres articulations se prennent successivement. Le malade garde quatre jours le lit, et observe la diète; il entre ensuite à l'Hôtel-Dieu.

Le jour de son entrée, la douleur, le gonflement et la rougeur occupent plusieurs articulations; la fièvre persiste. Chose remarquable, soit avant l'entrée du malade à l'hôpital, soit pendant son séjour qui a été de trois semaines, la douleur a parcouru toutes les articulations, et a constamment respecté celle du genou gauche, siége de l'ankylose. Quant au traitement, il n'a rien offert de remarquable. Après avoir mis en usage les émissions sanguines, les cataplasmes et boissons délayantes, M. Chomel a eu recours aux préparations de colchique, moyen qui fut vanté en Angleterre, et qui n'inspira que beaucoup de confiance à ce professeur.

Trois jours après l'emploi de ce moyen, qui a été employé avec beaucoup de persévérance, la diarrhée s'est manifestée, elle a été peu abondante; on a continué l'emploi du colchique, et, bien que cette révulsion porte sur le canal intestinal, le rhumatisme a parcouru sa marche, et le malade n'a été complètement débarrassé qu'au bout d'un mois environ.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Service de M. Moulinié, chirurgien en chef.

Amputation de la jambe sur un bossu; hémorrhagie grave.

C'est déjà être trop disgracié par la nature que d'être atteint d'une gibbosité dorsale et d'une déformation antérieure du thorax. Faut-il que la fatalité accable certains êtres, et qu'ils aient encore à supporter des mutilations aussi cruelles que dégradantes!

C'est ce qui a eu lieu sur un jeune homme de vingt-trois ans, Pachebonne, entré le 20 novembre à l'hôpital Saint-André. Il menait une vie languissante, son existence était une suite de douleurs.

Devant par une frêle industrie pourvoir à ses besoins, il ne pouvait l'exercer malgré tous ses efforts. Un gonflement de l'articulation du pied avec la jambe annonçait que le vice rachitique avait concentré toute son action malfaisante sur cette partie. Il y avait des trajets ulcérés par où sortait une sanie caractéristique de l'altération des os; puis, le stylet introduit, faisait reconnaître leur dégénérescence.

C'était déplorable! Un être contrefait, en proie à une diathèse dont les ravages étaient loin de paraître bornés, atteint d'une fièvre de consomption, d'une pâleur extrême, d'une pusillanimité remarquable, avait une de ces affections qui exigent impérieusement une ressource grave, l'amputation du membre.

Des efforts thérapeutiques durent être d'abord tentés; des toniques, des amers furent administrés à l'intérieur. Un pansement régulier, une compression méthodique, des trochisques de minium furent des moyens locaux employés; mais on ne pouvait compter sur toutes ces médications. L'altération des tissus était trop profonde pour que les parties pussent reprendre l'état normal.

On concevait que l'on laisse exister le principe morbide, tout en retranchant une partie qui en est atteinte, et l'on pensait avec le docteur Brodie que le vice scro-

fuleux pourrait, après l'amputation, exercer ses ravages avec plus d'empire sur d'autres points de l'économie.

Mais que pouvait-on espérer de l'état actuel ? La mort était imminente. Le malade était miné par ses douleurs, épuisé par la suppuration, consumé par une fièvre lente, anéanti en quelque sorte par la cachexie et l'anémie.

Il fallait tenter un moyen de salut, ou abandonner le malade à une mort prochaine.

M. Moulinié adopta le premier moyen.

Il lui pratiqua l'amputation de la jambe le 20 décembre, et eut l'intention, pour se conformer aux principes du docteur Larrey ; de laisser un moignon court. Toutefois, il voulut n'opérer la section du tibia qu'au-dessous des insertions tendineuses qu'on nomme la patte d'oie.

La peau fut coupée circulairement, retroussée, et les muscles tranchés au niveau du repli cutané ; puis, les os sciés. Jusque-là rien de notable à signaler ; mais un des accidens qui accompagnent quelquefois les amputations, survint alors.

Les artères furent difficiles à être saisies et liées ; elles étaient rétractées dans les chairs et difficilement accessibles. Le patient perdit beaucoup de sang ; cependant les vaisseaux liés, les tégumens furent rapprochés par trois points de suture, et le malade pansé fut porté dans son lit.

Peu de temps après, une hémorrhagie intense survint. Sans s'arrêter à des moyens hémostatiques douteux, tels que la compression, les réfrigérans, M. Moulinié dépansa le malade, enleva les points de suture, remarqua le lieu d'où jaillissait le sang, et vit que c'était de l'artère tibiale postérieure. Alors il saisit une aiguille courbe, armé d'un fil ciré, et par une manœuvre prompte, il circonscrivit le vaisseau avec quelques parties, serra la ligature, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée.

On conçoit que ces pertes de sang devaient être très-défavorables à un individu déjà anémique. Il fallut rétablir la source de ce fluide, en favorisant l'hématose, à l'aide de substances nutritives : ce fut fait avec succès.

Les forces du malade se rétablirent, et l'on vit le rapprochement et la réunion des parties divisées s'exécuter avec une étonnante rapidité par rapport au sujet.

Un mois après l'opération, la cicatrisation paraissait à son terme, lorsque tout-à-coup il se fait une éruption de matière séro-purulente. La plaie se rouvre, le moignon s'enflamme, un érysipèle se déclare le long de la cuisse, un abcès se forme près de la hanche, et la fièvre complique tous ces phénomènes.

Des émolliens, des bains locaux calment l'inflammation ; l'abcès est ouvert. Des pansemens réguliers détergent le moignon, des toniques sont administrés. Tous les accidens bientôt se dissipent ; le fond de la plaie laisse élever des bourgeons rougeâtres, et une cicatrice solide bientôt est établie.

Actuellement, 15 février, le malade marche, est plein de joie et de santé ; on voit ses yeux brillans de satisfaction ; il ne reste dans l'hôpital que pour y acquérir des forces et pour y jouir des douceurs que savent seuls apprécier les malheureux qui, après avoir subi des opérations cruelles, sont forcés d'aller se procurer, par un pénible travail, les moyens d'entretenir une existence qui leur est souvent à charge.

Les Poux (*Pediculus, Linn. Lat., règne animal*).

L'organisation de ces animaux est encore peu connue. Swammerdam cependant les a étudiés, et, malgré ses nombreuses dissections, il lui a été impossible de découvrir la distinction des sexes ; ce qui lui a fait supposer que ces animaux étaient hermaphrodites. Leuwenhoek les observa avec soin, et remarqua des individus pourvus d'organes générateurs mâles, dont il a donné la figure.

On sait que les poux vivent de sang ; les uns se nourrissent de celui de l'homme, les autres de celui des quadrupèdes. C'est avec une espèce d'aiguillon que Leuwenhoek a remarqué être situé dans l'abdomen, qu'ils peuvent piquer.

Il pense que c'est de la piqûre de cet aiguillon que provient cette grande démangeaison si insupportable et si douloureuse pour les personnes qui ont le corps envahi par ces animaux. L'introduction de leur trompe dans les chairs ne produit pas ou presque pas de douleur.

Ces insectes sont ovipares ; leurs œufs sont déposés sur les cheveux ; les petits en sortent au bout de cinq à six jours ; après plusieurs mues, au bout d'environ huit jours, ils sont propres à la génération.

En six jours un pou peut pondre cinquante œufs, et des expériences ont prouvé que deux femelles peuvent avoir dix-huit mille petits en deux mois.

M. Lucas a observé le pou du phoque, qu'il regarde comme une espèce nouvelle et non figurée. Long d'une ligne environ, ce pou présente au microscope un abdomen bombé en dessus et de forme arrondie, composé de huit à neuf segmens distincts, dont les trois premiers sont très petits, tronqués à leur partie antérieure, surtout le premier segment, qui est recouvert par des poils bruns placés sur des tubercules rougeâtres. Les suivans, jusqu'à l'avant-dernier segment, sont à peu près de même grandeur que les autres ; ils diffèrent tous du premier ; d'abord parce qu'ils sont plus grands, et ensuite parce que les bords de ces anneaux sont hérissés de poils bruns très forts, semblables à des épines. Le dernier segment est sensiblement plus petit que les autres, et ses bords latéraux sont hérissés de poils un peu plus longs. A l'extrémité de ce dernier segment, il existe un tubercule qui lui a semblé être un peu échancré ou partagé en deux parties. Le dessus de l'abdomen est recouvert par des poils dorés, ce qui ne s'est jamais vu dans les autres espèces.

Par la disposition des segmens, les bords latéraux de l'abdomen sont échancrés ; le dessous est ferrugineux et hérissé de poils.

Les pattes sont d'un rouge foncé, robuste, surtout les premiers articles. La première paire est la plus courte; la seconde paire est un peu plus longue que la troisième. Ces pattes sont toutes munies d'un fort onglet, épais à sa partie antérieure, et fort acéré à son extrémité.

La tête est ronde, terminée en pointe à sa partie antérieure. La surface de cette tête est couverte de tubercules rougeâtres ; elle supporte deux antennes composées de cinq articles, dont les premiers sont gros et globuleux ; le dernier est très petit, et terminé en pointe à sa base. Le thorax est court, tuberculé et recouvert en grande partie par l'abdomen. Cet insecte se tient sur les lèvres et près de la région nasale du phoque, et n'a point été vu ailleurs.

(*Magas. de zool.*, et *Echo du monde savant.*)

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

FÉVRIER 1835.

N° 3. — 15 FÉVRIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT D'UNE NÉVRALGIE TRÈS-COMMUNE A PARIS DEPUIS QUELQUES MOIS.

Maintenant, chaque année nous amène, pour ainsi dire avec elle, des formes particulières et nouvelles de maladies, et la période que nous traversons semble prendre à tâche de justifier à nos yeux les descripteurs d'épidémies tant dédaignés par l'esprit de système, et si embarrassans pour ces Procrustes dont les théories n'admettent que les faits d'une certaine mesure. Personne ne peut nier, qu'à part quelques maladies accidentelles ou locales, la plupart des affections se montrent en groupes bien déterminés, liées entre elles par des caractères communs, précis, enfin sous des formes véritablement épidémiques. C'est encore sous cette apparence, pour ne rien dire des grandes épidémies qui ont fait dernièrement irruption dans le monde, et dont la réalité est incontestable, que se montrent les névralgies qui font le sujet de cette note. Ordinairement, les névralgies sont des affections isolées, peu communes, irrégulières, excessivement tenaces et difficiles à guérir, dans lesquelles on rencontre à peine quelques indications positives, et dont on ne se débarrasse enfin, après de longs tâtonnemens, que quand par hasard on met la main sur le bon remède, ou quand la maladie cesse, sans qu'on sache pourquoi ni comment. Ici, au contraire, les choses se passent bien différemment; non-seulement la maladie est très-commune, mais elle a ses formes régulières, ses indications précises et ses règles de traitement tellement claires, que je n'en ai point encore rencontré une que je ne l'aie guérie. Voici d'ailleurs en peu de mots, ce que j'ai pu constater sur ce sujet.

Chez la plupart des malades, pendant quelques jours, on observe des symptômes d'embarras gastrique bilieux; c'est-à-dire anorexie, sentiment de plénitude à l'estomac, nausées, bouche amère et pâteuse, langue épaisse et chargée, un peu de céphalalgie, et surtout un sentiment de fatigue et de brisement extraordinaires dans les membres. Après ces sortes de prodromes qui durent depuis un jour jusqu'à cinq ou six, et même plus, le malade se sent brusquement pris d'une douleur vive, lancinante, redoublant par accès, et qui va se distribuant le long du trajet de quelque nerf, le plus souvent dans la direction des filets de terminaison du nerf maxillaire inférieur d'un côté.

Ces douleurs, d'abord tolérables, ne tardent pas à prendre une intensité capable d'arracher des cris et des larmes aux hommes mêmes les plus courageux ou de jeter dans le délire des femmes nerveuses; les douleurs n'acquièrent pas toujours toute cette intensité au premier accès, mais il est rare qu'elles ne l'aient pas au second ou au troisième. Au bout de quelques heures la douleur va brusquement en diminuant, ou bien elle disparaît tout à coup comme par enchantement. Le malade n'a plus que son embarras gastrique jusqu'au lendemain ou au surlendemain, que le même accès revient à peu près à la même heure ou un peu plus tôt. Cette forme, plus commune, n'est pas la seule que revête la maladie et j'en ai observé un certain nombre d'autres qui ne sont pas moins remarquables. Ainsi j'ai vu la même névralgie sans embarras gastriques, sans trouble de la digestion, sans courbature, débuter brusquement par une douleur vive d'un des côtés de la mâchoire inférieure, ou de l'oreille, se prolonger pendant plusieurs heures et disparaître pour laisser une intervalle de repos plus ou moins long, et recommencer ensuite au moment ou le malade s'en croyait définitivement délivré; dans l'intervalle, à l'exception d'une sensibilité douloureuse de la partie frappée, le sujet se trouvait en parfaite santé, et il ne se plaignait que de la suceptibilité de ses dents, qui l'empêchait de satisfaire son appétit. Dans d'autres cas, au contraire, une sorte de malaise fébrile se continuait entre les accès. Trois fois j'ai eu affaire, non pas à un embarras gastrique simple, mais en même temps à une affection assez remarquable caractérisée par un gonflement extraordinaire des lèvres, de la langue, des gencives et des glandes salivaires, avec nausées et expuition abondante de crachats épais, visqueux, fétides, blancs ou teints de sang, et qui, secrétés par les membranes de la bouche et par les glandes salivaires surexcitées, gonflées

et endolories, tourmentent les malades autant presque que les accès douloureux de la névralgie. J'ai vu enfin, dans d'autres cas, l'enduit sale de la langue, le goût amer et pâteux de la bouche ne se montrer que pendant les accès.

Au reste, quelle que fût la complication qui existait en même temps que la névralgie, j'ai toujours remarqué que la liaison n'était pas assez intime entre les deux affections, pour qu'en se délivrant de l'une le malade fût assuré de ne plus revoir l'autre.

L'accès était quelquefois borné à la seule douleur névralgique, d'autres fois il y avait en même temps toutes les altérations fonctionnelles qui constituent un véritable accès de fièvre intermittente; dans le premier cas, la sensibilité était la seule fonction qui reçût un trouble notable; dans le second toutes les fonctions subissaient les mêmes troubles que dans les fièvres intermittentes ordinaires; douleurs dans les membres frissons, chaleur, sueur, petitesse et concentration du pouls, puis son expansion graduée, troubles des urines, etc., rien n'y manquait; de sorte que, dans un premier accès, le médecin qui ne se serait pas tenu sur ses gardes aurait pu croire à des accidens très-divers, suivant le moment où il aurait observé le malade, et les complications qu'il présentait. Pendant les accès, la douleur n'était pas toujours la même; tantôt elle était vive et comparable à celle de l'otite avec des redoublemens continuels; tantôt elle ressemblait à des traits de feu parcourant la tempe et la joue; d'autres fois c'étaient des tiraillemens douloureux dans la peau de la tête, du front et de la base de l'orbite; d'autres fois une douleur térébrante est fixée dans les mâchoires ou dans une dent; enfin le plus souvent, une sensation de violence comme si les dents étaient enfoncées de force dans la mâchoire, ou comme si les mâchoires poussées l'une contre l'autre s'entre chevauchaient en déplaçant les dents de leurs alvéoles trop pressées. Plus rarement, c'était dans les sourcils que la douleur se faisait sentir avec un caractère de pesanteur et de tension fatigantes. Dans quelques cas, elle se répandait dans le devant du cou, dans la nuque, dans un des côtés du corps, dans les extrémités, sur le trajet des gros nerfs des extrémités inférieures ou supérieures, ou même dans les lombes. En général, pendant les accès, les malades se trouvaient soulagés en appuyant sur les points endoloris; le chaud leur faisait moins de mal que le froid, et un courant d'air frais redoublait infailliblement leurs souffrances.

De ces névralgies, les unes revenaient avec une grande régularité; les autres, au contraire, affectaient ou une sorte de continuité ou une irrégularité remarquable dans le retour des accès. C'était surtout sur les sujets les plus robustes et les moins nerveux que ces deux dernières formes se faisaient observer. Quant aux névralgies périodiques, tantôt elles étaient quotidiennes, soit que tous les accès fussent égaux en intensité, soit, ce qui était plus commun, que de deux jours l'un, l'accès fut plus fort; et tantôt elles étaient, comme les fièvres intermittentes tierces, séparées par un jour complet de repos. Ces névralgies périodiques débutaient presque toujours le soir, et c'était aussi le soir que revenaient les accès, quand la médication ne les dérangeait pas. En général, plus les accès avançaient et plus la maladie était intense, et c'était toujours un bon signe quand ils reculaient; la maladie ne tardait pas alors à disparaître complétement.

J'ai dit en commençant, qu'en observant ces maladies avec attention, j'avais presque toujours trouvé des indications précises à remplir. Au moins une vingtaine de ces malades ont été traités par moi, tant dans ma pratique particulière que pour le premier dispensaire de la société philanthropique, et ils ont tous guéri avec une grande rapidité; or, je le demande, pourrait-on, dans les névralgies ordinaires se flatter d'un pareil succès? et pourtant rien n'est plus simple que les traitemens que j'ai employés.

Toutes les fois que j'ai trouvé un embarras gastrique, j'ai fait vomir ou j'ai purgé. Au commencement de la maladie, ce moyen a le plus souvent enlevé l'embarras gastrique, sans influer sur la névralgie. A la fin, il donnait aux malades de l'appétit et des digestions faciles. Quand je n'ai pas pu prévenir un accès, je l'ai rendu moins douloureux avec l'opium seul, ou uni à la thridace ou à l'extrait de belladone; je n'ai pas vu de douleurs résister à ces moyens portés à dose suffisante, mais j'ai souvent fait prendre jusqu'à quatre grains d'opium. Jamais, d'ailleurs, ces narcotiques n'ont, sous mes yeux, modifié l'accès suivant.

Toutes ces névralgies, qui se sont présentées à moi avec un véritable caractère de rémittence ou d'intermittence ont été guéries rapidement avec le sulfate de quinine, soit seul, soit associé avec un peu d'opium; mais je dois faire remarquer que quelquefois il m'a fallu porter le médicament à assez forte dose, et douze, vingt, trente grains de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures ne m'ont pas toujours suffi, associés ou non avec deux ou quatre grains d'opium. Dans des cas où ces névralgies revenaient irrégulièrement, il m'est arrivé de voir le quinquina amener une intermittence régulière, qui me garantissait une prompte guérison, grace à l'énergie avec laquelle j'administrais ensuite cet anti-périodique.

Si la névralgie attaquait des individus sanguins et pléthoriques, je n'ai pas hésité à appliquer de trente à soixante sangsues sur le point où la douleur se faisait sentir, et plusieurs fois, la maladie à été ainsi jugulée du premier coup; mais j'avoue que je n'ai pas osé faire le même essai sur les sujets faibles, nerveux et dont le pouls et les forces me semblaient contre-indiquer toute évacuation sanguine.

Dans quelques cas irréguliers de névralgies dans les membres supérieurs ou inférieurs, je me suis merveilleusement bien trouvé de l'hydrochlorate de morphine appliqué à la dose de un grain chaque jour par la méthode endermique sur les points d'origine de la douleur.

Pour le régime, je n'ai jamais consulté que l'appétit et les forces du malade, excepté quand il s'a-

gissait de leur administrer quelque médicament dont une nourriture trop abondante aurait pu troubler l'action.

Quelque succès qu'on ait obtenu, je recommanderai néanmoins toujours au médecin de prescrire au malade le repos le plus absolu possible de la partie affectée, surtout dans les commencemens de la guérison, et en même temps une attention extrême à se garantir d'un courant d'air frais ; faute d'avoir pris ces précautions, j'ai vu plusieurs fois le mal revenir, et il n'est point de maladies, peut-être, où on conserve plus de tendance à une récidive.

D. S. Sandras.

DU TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Les femmes en couches sont exposées à une série d'affections redoutables, telles que la métrite, la péritonite et l'hémorrhagie, qui font le texte des discussions pratiques journalières et sur lesquelles toutes les ressources de la thérapeutique se sont exercées avec des chances diverses de succès. L'éclampsie de femmes en couches pour être moins commune, que les autres accidens, n'est pas moins terrible, puisqu'elle peut emporter les malades avant comme après l'accouchement en apparence le plus régulier. Traçons à grands traits le caractère de cette affection convulsive, et cherchons à y rattacher les principes et les moyens curatifs les plus appropriés pour la combattre.

Aucun signe positif ne fait prévoir à l'avance l'invasion de ces convulsions ; elles surviennent à toutes les périodes du travail, mais plus particulièrement au milieu de sa durée, ou après que le fœtus est expulsé, et qu'il ne reste plus à détacher que le placenta ; ou même enfin après que l'œuvre de l'accouchement est complétement terminé. Le plus souvent elles éclatent brusquement comme la foudre, dont elles imitent presque les effets en faisant périr les malades au bout de quelques heures, au milieu d'un état tétanique ou d'une agitation violente de l'appareil contractif ou moteur. D'autres fois, elles offrent quelques préludes, qui appellent toute l'attention des gens de l'art : ce sont des impatiences insolites, des contractions vagues des membres, des soubresauts tendineux aux poignets, des mouvemens spontanés des muscles de la face, et d'autres phénomènes aussi peu décidés.

Si le médecin s'endort sur ces symptômes, ces manifestations deviennent promptement très-expressives ; la malade perd connaissance, les mâchoires se resserrent spasmodiquement, tous les traits de la face se renversent, en même temps que les membres sont agités de convulsions, qui sont suivies d'une rigidité tétanique, à laquelle les muscles du tronc prennent plus ou moins de part. Les causes éloignées de cette grave maladie ne sont pas plus explicites que ses causes prochaines. On l'observe sur toutes les constitutions, chez les femmes fortes et pléthoriques, comme chez les femmes maigres et débiles, chez les primipares comme après plusieurs accouchemens. Toutefois, elle est généralement plus fréquente chez celles qui pèchent par les deux excès contraires de la faiblesse et de la vigueur, ainsi que dans les premières parturitions. On voit par cette esquisse rapide des causes de l'éclampsie, qu'elles sont loin d'être déterminées, ou plutôt que nous sommes hors d'état de les apprécier convenablement. Il n'y a qu'un seul cas où le mobile prochain de cette affection est accessible à notre portée, c'est lorsqu'elle répond à la lenteur du travail ou d'un travail trop laborieux. Hors ces cas, qui, nous sommes forcés de l'avouer, sont assez ordinaires, l'éclampsie, ne se rapporte à aucune cause bien distincte d'où la thérapeutique soit autorisée de partir. Aussi tous les soins se bornent-ils, sauf les cas que nous venons d'énoncer, à faire la médecine du symptôme dans l'impossibilité de remonter à la source du mal.

Avant de parler du traitement de l'éclampsie, il importe de rappeler qu'elle présente quelques traits d'analogie avec l'hystérie, dont il est ordinaire de remarquer des accès pendant le cours de l'enfantement, pour peu que la femme y soit disposée. On reconnaîtra l'éclampsie à l'altération profonde de la face, et à l'absence des symptômes principaux de l'autre affection : tels, par exemple, que la boule hystérique, le sentiment de strangulation, et, malgré les mouvemens convulsifs qui lui sont propres, la persistance de la température naturelle, et surtout la cessation spontanée de cet appareil nerveux. Cette distinction est importante à faire parce que les soins exigés pour l'éclampsie, sont autrement pressans que ceux qu'on doit à une attaque d'hystérie.

Sous le rapport thérapeutique, il y a deux circonstances à établir qui ne suggèrent pas les mêmes indications. Si la malade atteinte d'éclampsie est forte, vigoureuse ; si, l'accouchement étant terminé, elle n'a pas perdu une trop grande quantité de sang ; ou si enfin le travail, quoique laborieux, n'a pas été prolongé assez pour épuiser réellement son énergie, les premiers secours, dès la menace de cette affection, sont les émissions sanguines, abondantes et promptes. La saignée par la lancette mérite la préférence sur les sangsues : celles-ci ne désemplissent pas immédiatement le centre circulatoire ; elles sont trop lentes, et avant que leur effet n'eût lieu au degré requis, le mal aurait fait des progrès irréparables. C'est donc par la saignée qu'on abattra l'exubérence des forces. C'est le cas de frapper fort et long-temps. On reviendra à cette émission sanguine tant que les symptômes se soutiendront avec la même intensité. Voilà la ressource par excellence des accès d'éclampsie chez les femmes disposées comme nous l'avons indiqué. Avec ce moyen, on emploie encore d'autres remèdes que nous allons indiquer, après avoir déterminé la règle principale à suivre dans le second cas dont nous avons parlé.

Ici, il s'agit de femmes irritables, à constitution débile, dans des conditions sociales malheureuses, ou bien

de femmes vigoureuses primitivement, mais fatiguées par une abondante hémorrhagie pendant l'accouchement, ou par un travail très-pénible et très-prolongé. Quant à celles-ci, les émissions sanguines accroîtraient la crise convulsive, et les précipiteraient bientôt dans un état désespéré. Il existe des états intermédiaires entre nos deux suppositions qui exigent un usage modéré de la saignée, combiné avec les moyens dont il nous reste à nous occuper; ces cas-là sont les plus difficiles, et ne peuvent rentrer dans les préceptes généraux auxquels nous sommes obligés de nous borner. La première indication à satisfaire dans les eclampsies du second ordre, c'est de porter une impression sédative aussi prompte que profonde sur le système nerveux. A cet effet, les remèdes les plus actifs sont les opiatiques, et, en tête, l'opium. Malheureusement, ces sortes de malades sont incapables d'avaler, à moins qu'on ne les prenne au début de l'attaque. Il faut alors ingérer les opiacés à l'aide de lavemens. La meilleure préparation est le laudanum de Sydenham ou celui de Rousseau. On ne doit pas oublier, en administrant ces remèdes par le rectum, qu'ils agissent avec une activité au moins égale par cette voie que par l'estomac. Au surplus, on doit procéder contre l'eclampsie comme on procède contre les névroses les plus indomptables, et en particulier contre le tétanos : nous voulons dire qu'il ne faut pas redouter d'administrer de hautes doses du médicament, car ce n'est guère qu'à cette condition qu'on peut conserver l'espoir du succès.

On commence donc par un demi-grain d'opium ou dix gouttes de laudanum de Sydenham ou bien quatre gouttes de celui de Rousseau : on le mêle à la plus petite quantité de véhicule possible, comme deux ou trois onces d'eau. L'action de l'opium est très-prompte : aussi dès qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, on aura constaté qu'il ne produit aucun effet, il faudra réitérer la même dose et de la même manière; et ainsi successivement de quart d'heure en quart d'heure, sans compter la quantité d'opium ingérée. A cet égard, on n'aura d'autre boussole que l'action narcotique, si toutefois elle peut se manifester dans l'état convulsif dont nous venons de parler, ou l'amendement de symptômes, quand on est assez heureux pour l'observer. C'est alors seulement qu'on déterminera les doses du remède à prendre progressivement, jusqu'à ce que le danger soit évanoui; mais l'on devra se rappeler que tous les traitemens de l'éclampsie sont subordonnés à la plus prompte délivrance de la femme, si cette affection éclate avant que l'accouchement ne soit terminé.

Fr.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES RÉCENTES.

Quand on compare entre elles les maladies des organes génito-urinaires dans les deux sexes, l'on ne peut pas s'empêcher de convenir qu'il existe chez la femme une funeste prépondérance. Le cancer du col et du corps de la matrice qui ravage si cruellement de nos jours la vie de tant de femmes, peut, il est vrai, comme lésion grave, être comparé à celui des testicule et de la verge chez l'homme; mais quelle différence immense entre la fréquence de ce mal dans l'un et dans l'autre sexe! L'on peut dire, sans crainte d'être démenti, qu'il meurt six fois plus de femmes que d'hommes du cancer des organes génitaux. Si d'une autre part on mentionne les ruptures des cloisons recto-vaginale et vagino-vésicale, celles du plancher périnéal, qui rendent si souvent déplorable la condition d'une jeune femme; trouvera-t-on rien d'équivalant chez l'homme? Les rétrécissemens urétraux et les maladies de l'appareil prosto-vésical; qui sont si fréquens et si fâcheux dans l'être masculin, ne se rencontrent pas, il est vrai, chez la femme; mais, en revanche, combien d'autres affections graves n'observe-t-on pas exclusivement chez elle? Les polypes et les corps fibreux de la matrice, les pertes utérines, les déplacemens de l'organe gestateur, les tumeurs intra-vaginales, les phlogoses chroniques, les rétrécissemens et les ulcérations du conduit vulvo-utérin, qui sont si ordinaires, ne trouvent aucunement l'équivalent dans les organes analogues de notre sexe. Occupons-nous pour le moment du traitement d'une seule de ces maladies, des fistules vésico-vaginales, et tâchons d'y apporter quelque nouvelle lumière, si cela se peut.

On pourrait, physiologiquement parlant, comparer la fistule vésico-vaginale à la fistule lacrymale. Là, en effet, deux conduits membraneux, les uretères, apportent le liquide rénal dans une poche accidentellement percée, pour s'extravaser dans une route insolite, le vagin, et se répandre ensuite en nappe sur la vulve, le périnée et les cuisses. Ici également deux canaux analogues, les conduits lacrymaux, emmènent le liquide lacrymal dans un sac du même nom, pour le laisser échapper et répandre sur la joue à travers une ouverture accidentelle du même sac. Mais quelle différence immense entre la thérapeutique de l'une et de l'autre de ces fistules! La seconde, c'est-à-dire la fistule lacrymale, est presque toujours guérissable, tandis que la première, celle dont nous nous occupons, forme le plus souvent le désespoir du chirurgien et de la malade.

Les fistules vésico-vaginales ne se rencontrent le plus ordinairement que chez les jeunes femmes. On en conçoit la raison en songeant à la cause la plus fréquente de la maladie, l'accouchement difficile. Lorsque la tête de l'enfant est restée trop long-temps engagée dans le détroit supérieur, une portion de la cloison vagino-vésicale peut se trouver fortement pincée entre deux corps durs, la symphyse pubienne et le crâne, d'où une escarre plus ou moins étendue, dont la chute donne lieu à l'extravasation des urines dans le vagin. Ce n'est pas cependant que la maladie ne puisse pas également s'observer chez les petites filles ou les vieilles femmes. Monteggia parle de deux enfans, dont l'une avait une fistule vésico-vaginale par suite d'une escarre formée spontanément dans cette région pendant une

fièvre grave, l'autre offrait un mal pareil par l'effet d'une pierre vésicale qui avait percé la paroi. Cette dernière cause peut aussi se rencontrer chez les femmes âgées et produire la même infirmité. D'ailleurs, il n'est pas très-rares de voir le cancer du col utérin atteindre en même temps et détruire une partie de la paroi vagino-vésicale. Certaines blessures dans le canal des règles, certains corps étrangers pressant fortement trop longtemps ce conduit, tels que les tamponnemens, les mauvais pessaires durs et non élastiques qu'on vend communément dans le commerce, etc., peuvent quelquefois produire le même effet. J'ai cité ailleurs le cas d'une vieille femme soignée par M. Dupuytren, qui portait une double fistule, recto-vaginale et vagino-vésicale, par suite d'un pessaire en ivoire dont elle faisait usage. Il faut ajouter néanmoins que toute blessure proforante de la cloison recto-vaginale n'est pas toujours suivie de fistule. Plusieurs femmes calculeuses, taillées par le vagin, ont guéri sans fistule.

C'est derrière la symphyse pubienne et vers le col de la poche urinaire qu'on rencontre le plus ordinairement les fistules vésico-vaginales. Le mode d'action de la tête de l'enfant nous explique cette fréquence sur ce point du conduit des règles; on les observe pourtant, tout aussi fréquemment un peu plus haut, vers le bas fond de la vessie, par la raison que ce fond est poussé en avant dans le moment de l'accouchement. On comprend aussi pourquoi la lésion dont il s'agit réside tantôt dans la direction de la ligne médiane, tantôt sur l'un des côtés. Monteggia a observé cependant que, dans quelque rare circonstance, la fistule n'avait pour siége qu'un point du vagin et de la vessie qui répondait immédiatement au-dessus du col utérin; ceci rendait l'infirmité des plus fâcheuses, car il n'y a pas de remède possible à appliquer sur ce point. Bien que les dimensions de l'ouverture accidentelle de la vessie puissent influer sur le pronostic à établir, ce n'est pas cependant sur cette circonstance qu'il faut compter pour en établir le traitement; à moins toutefois que la nouvelle route ne soit excessivement large, car, dans ce cas, l'art est tout-à-fait impuissant.

La thérapeutique à mettre en usage contre les fistules vésico-vaginales est différente, suivant que l'infirmité est récente ou ancienne. Dans le premier cas, il faut, le plus tôt possible, mettre la plaie dans les conditions convenables à la réunion, et avant que ses bords ne se soient cicatrisés séparément. Je suppose, par exemple, que vers le huitième, dixième ou quinzième jour d'un accouchement on se soit aperçu de l'écoulement des urines par le vagin; il faut, de suite, obliger la femme à garder le lit, exiger qu'elle reste continuellement couchée, tantôt sur un côté et tantôt sur l'autre, et à garder une sonde de gomme élastique en permanence dans l'urètre. Cette sonde doit être assez longue pour que son bec dépasse un peu le point de la fistule, et sera maintenue toujours ouverte, afin d'empêcher l'accumulation du liquide dans la vessie; on la fixera à l'aide d'un double ruban de fil qui, passant par-dessous les cuisses, ira s'attacher aux deux côtés d'un bandage de corps. Si la présence de la sonde à demeure était insupportable, l'on aurait recours à l'un des deux procédés suivans : 1° apprendre à la malade à se sonder elle-même, ou à se faire sonder par la garde-malade, toutes les deux heures; 2° introduire par l'urètre, à l'aide d'une sonde, une petite bandelette de linge de coton dans la vessie, la pousser jusque dans le bas-fond de cet organe, et laisser l'autre bout en dehors du méat urinaire pendre dans un vase approprié. Cette bandelette, que j'ai vu mettre en pratique par M. Dupuytren, doit conduire les urines au dehors, goutte à goutte, par le même mécanisme hydraulique qu'on connaît en physique, et au moyen duquel on fait passer avec une mèche un liquide d'un vase dans un autre. Plusieurs femmes qui se trouvaient dans la condition que j'indique, ont été guéries de la sorte, en peu de jours, par le chirurgien illustre que je viens de citer. Aussitôt, en effet, que le cours de l'urine est détourné de la fistule, que la vessie reste en repos, ratatinée sur elle-même, et que les bords de l'ouverture accidentelle sont par conséquent rapprochés entre eux, il n'y a pas de raison pour que la fistule ne se guérisse par granulation, comme tant d'autres fistules vésicales, urétrales, lacrymales, etc. Desault et Chopart, avaient très-bien compris ces raisons, et ils ont les premiers produit des guérisons de ce genre en se conduisant de la sorte. Desault voulait en outre qu'on bouchât l'orifice de la fistule à l'aide d'un tampon de linge, de charpie, ou de coton cardé couvert d'un linge vernissé, qu'on introduisait dans le vagin. Cette dernière indication pourrait à la vérité aujourd'hui être mieux remplie au moyen d'un des pessaires cylindriques en caout-chouc que j'ai fait connaître et qu'on introduirait, soit tout nu, soit enveloppé d'un morceau de taffetas; mais je ferai remarquer que, si la femme est nouvellement accouchée, un corps pareil dans le vagin pourrrait peut-être devenir préjudiciable pour l'écoulement des lochies. Si cependant les lochies ont déjà cessé, pourvu qu'on ne soit pas au-delà de deux mois de l'accouchement, je pense que la compression vaginale à la manière de Desault doit être encore tentée avec quelque espoir de succès. C'est à tort, je crois, que les chirurgiens négligent de nos jours cette pratique. Une observation de réussite publiée avec détails dans le journal de ce célèbre praticien, et une autre semblable consignées dans le tome VI des Transactions de Londres, recommandent cet indication, innocente d'ailleurs. Ce procédé de Desault, a été heureusement modifié en 1814 par M. Young, chirurgien anglais. Cette modification importante n'étant exposée dans aucun des livres français les plus récens, que j'ai consultés à ce sujet, je crois devoir la faire connaître.

On prend une bouteille de gomme élastique des plus épaisse, on la remplit d'eau bouillante afin de l'amollir et de régulariser les bosselures qu'elle présente; ensuite on la vide et on l'enduit d'huile extérieurement : on l'introduit dans le vagin, et l'on marque avec le doigt, qu'ont tient en même temps dans ce canal, l'endroit de la surface de la bouteille qui répond au trou fistuleux; on pratique sur ce point de la gomme un petit

trou, par lequel on passe un double fil de soie qu'on fait sortir par le goulot de la même bouteille; on attache un morceau d'éponge fine et plate avec le double de fil qui répond à l'extérieur de la boule de résine; on replace l'instrument dans le vagin comme précédemment, on tire le bout des fils qui sortent par le goulot, et l'on force ainsi l'éponge à s'adapter exactement sur l'ouverture fistuleuse. On aura plusieurs bouteilles, préparées de la sorte, et l'on en changera tous les matins; on apprendra ensuite à la femme à se sonder elle-même toutes les deux heures pendant le jour, et elle s'habituera à garder une sonde ouverte à demeure pendant la nuit.

Ce traitement est continué très-long-temps, jusqu'à un an quelquefois, et l'on oblige la malade à ne boire que le moins possible durant le traitement. Une femme, qui avait une de ces fistules, du diamètre d'un pouce sur le col de la vessie, a été guérie ainsi en cinq mois de traitement, par M. Barnes de Londres. Elle venait d'accoucher depuis trois semaines lorsque ce chirurgien la vit pour la première fois; le doigt porté par le vagin pouvait entrer dans la vessie par le trou de la fistule: plusieurs membres de la Société médico-chirurgicale de Londres ont constaté le fait. Je crois cependant que plusieurs inconvéniens se rattachent à l'usage da la bouteille en question, et que tous pourraient aisément disparaître en remplaçant la poire de gomme par mon pessaire cylindrique en caoutchouc, qui sera aussi solide que les circonstances de la maladie pourront l'exiger, et sur un point de la longueur duquel il sera très-facile de pratiquer un trou, avec un emporte-pièce, pour y placer l'éponge compressive comme il est indiqué ci-dessus. On aurait par-là un appareil plus solide et plus régulier que celui de la simple bouteille de M. Young; le sang de règles trouverait dans le pessaire cylindrique une issue facile qu'on chercherait en vain dans les autres appareils.

Si cependant la fistule vésico-vaginale qu'on à traiter était déjà ancienne, que ses bords fussent cicatrisés depuis long-temps, et calleux, la médication que nous venons d'exposer ne pourrait pas suffire pour la guérison. Il y a, dans ce cas, d'autres modifications essentielles à produire pour atteindre ce but: c'est ce que nous exposerons dans un prochain article.

ROGNETTA.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU PROTO-IODURE DE MERCURE; par P.-H. BOUTIGNY, pharmacien à Évreux.

L'iode et les combinaisons dont ce corps est l'un des élémens ont fourni à la médecine des agens thérapeutiques plus ou moins énergiques, dont l'action sur l'économie animale est assez constante. Plusieurs chimistes (1) ont étudié avec soin la plupart de ces combinaisons; aussi sont-elles presque toutes bien connues et bien définies. Je n'appellerai aujourd'hui l'attention des praticiens que sur le proto-iodure de mercure.

Ce sel est l'un des médicamens les plus sûrs dans le traitement des affections syphilitiques, et il en est peu qui résistent à son emploi (2); cependant on a noté quelques insuccès. A quoi tiennent-ils? Est-ce à la constitution des malades ou au mode d'administration, ou bien au procédé suivi pour la préparation du remède? D'après les faits qui me sont connus, je serais porté à attribuer l'inefficacité à cette dernière cause.

Quatre procédés principaux sont mis en usage pour la préparation du proto-iodure de mercure: le premier consiste à mêler ensemble un atome de proto-chlorure de mercure (calomélas), et un atome d'hydriodate de potasse; on place le mélange dans une capsule de porcelaine et on verse dessus une suffisante quantité d'eau distillée bouillante; on laisse refroidir et on recueille le précipité sur un filtre, on le lave avec de l'eau distillée et on le fait sécher. Le second procédé consiste à précipiter le proto-nitrate de mercure par l'hydriodate de potasse. Dans le troisième on remplace le proto-acétate de mercure. Enfin le quatrième procédé, qui est le plus simple et le plus direct, est aussi le plus défectueux et doit être rejeté absolument selon nous; il consiste à prendre deux atomes de mercure et un atome d'iode; à triturer le mélange, après l'avoir humecté avec de l'alcool, jusqu'à ce que le mercure ait disparu. Le proto-iodure ainsi préparé contient toujours du mercure à l'état métallique, et constitue un

---

(1) M. Polydore Boullay est un des chimistes auxquels nous devons les meilleurs travaux sur les iodures.

(2) Nous ne saurions trop répéter ce que nous avons déjà dit si souvent à propos du proto-iodure de mercure; c'est qu'il constitue à nos yeux le moyen le plus sûr de triompher des affections syphilitiques anciennes et rebelles, sous quelques formes qu'elles se présentent. Depuis le mémoire qu'un praticien, dont le talent et l'expérience sont au-dessus de nos éloges, M. Biett, a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (tome I, page 359), et que nous engageons nos confrères à relire, nous avons eu mille fois l'occasion de reconnaître la supériorité de ce médicament. Encore récemment il nous a été adressé par un médecin de province, un jeune homme dont la moitié du gland avait été rongé par un chancre, qui s'était primitivement développé à l'orifice du méat urinaire; l'ulcération marchait toujours depuis un mois et demi, malgré les frictions mercurielles, le sublimé, etc., etc.; les douleurs atroces que le malade éprouvait, lui avaient donné plusieurs fois des idées de suicide. C'est alors que ce jeune homme, qui appartenait à une famille distinguée, et habitait les environs de Châlons, nous fut adressé à Paris. Nous raffermîmes sont moral et le traitâmes exclusivement par les pilules de proto-iodure à l'intérieur, à la dose d'un grain par jour, et par la pommade ou entrait le même sel, d'après les doses indiquées par M. Biett. En huit jours il y avait une amélioration des plus grandes, et à la fin de la troisième semaine ce chancre rebelle, qui était hideux à voir, était entièrement cicatrisé.

Note du Réd.

médicament infidèle et moins actif que le même sel préparé par le premier procédé. D'ailleurs, il est impossible d'obtenir du proto-iodure de mercure en agissant ainsi, puisque ce sel résulte de la combinaison atome par atome du mercure et de l'iode.

Quant aux deuxième et troisième procédés, ils offrent des avantages qui sont balancés par un grave inconvénient : la difficulté d'obtenir des sels de mercure au minimum d'oxidation. On conçoit cependant qu'il est absolument indispensable d'avoir un sel de mercure à cet état ; car autrement, le proto-iodure serait toujours mêlé avec des proportions variables de deuto-iodure, ce qui donnerait au médicament une activité inopportune et quelquefois funeste.

Je rejette donc ces deux procédés comme le quatrième, et je m'arrête exclusivement à celui que je vais décrire et que je crois le meilleur ; ce n'est du reste que le premier de ceux que j'ai mentionnés :

Prenez : Calomélas à la vapeur. ℥iij 3v.
Hydriodate de potasse sec. ℥ij 3iv.

Pulvérisez l'hydriodate de potasse dans un mortier de verre et mêlez-le au calomélas ; placez ce mélange dans une capsule de porcelaine ou dans une assiette de faïence, et versez dessus dix à douze onces d'eau distillée bouillante. Laissez refroidir, décantez la liqueur et recueillez sur un filtre le précipité que vous laverez avec de l'eau distillée. Faites-le sécher à l'ombre et conservez-le dans un flacon bouché.

Le proto-iodure de mercure, préparé comme il vient d'être dit, peut contenir quelquefois de très-petites quantités de mercure ou de proto-chlorure de mercure, ce qui provient de l'état hygrométrique du calomélas et de l'hydriodate au moment de la pesée de ces substances. Mais il s'en trouve si peu ordinairement que l'on peut bien ne pas en tenir compte.

Le sujet de cette note me rappelle les plaintes qui s'élèvent de toutes parts contre notre Codex actuel, et la nécessité de revoir, augmenter et surtout corriger cet Évangile des Pharmaciens. Tout le monde sait que c'est l'ouvrage scientifique le plus incomplet et le plus fautif que nous ayons, et pourtant il faut que nous le suivions sous peine d'amende !

P.-H. Boutigny.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Accouchement impossible d'un enfant hydrocéphale. Broiement de la tête. — Il est des cas extraordinaires devant lesquels le savoir et l'expérience la plus consommée viennent se briser, devant lesquels la prévoyance du médecin est vaine, et il est obligé de répéter avec le grand Hippocrate : *judicium difficile !* De ce nombre est celui que nous avons observé, il y a peu de jours, à l'hôpital des cliniques de la Faculté. Une jeune femme de vingt et un ans, bien constituée, enceinte pour la première fois, entra dans le service de M. Paul Dubois. Sa grossesse n'avait présenté autre chose de remarquable que le volume excessif du ventre. Arrivée au commencement du neuvième mois, la poche des eaux se rompit d'elle-même et le volume du ventre s'affaissa. Tel était son état quand elle vint à l'hôpital. Elle fut condamnée au repos du lit, et ce n'est que le vingt-sixième jour que le travail de l'accouchement s'est déclaré. L'enfant se présentait par le siége, en position sacro-cotyloïdienne droite, c'est-à-dire l'épine dorsale de l'enfant regardant l'aîne droite de la mère. La présentation étant naturelle, on dut abandonner la terminaison à la nature. Après une demi-journée d'un travail très-lent, les contractions utérines étant très-faibles et l'enfant étant encore vivant, on a cru devoir aider l'accouchement en dégageant les pieds et en exerçant quelques tractions modérées sur le bassin de l'enfant.

Celui-ci étant descendu un peu, on dégagea les bras ; on tira encore, mais il fallut s'arrêter, car la tête paraissait accrochée a détroit supérieur. Attribuant l'arrêt de la tête au resserrement spasmodique du col utérin, on porta, avec le bout d'un doigt, sur le museau de tanche, gros comme un pois d'extrait de belladone, moyen qui, dans ces cas, a souvent réussi à M. Dubois. Ce fut en vain. On attendit encore, mais l'enfant avait cessé de vivre.

Dans une telle occurrence, le professeur se garda bien d'exercer des tractions violentes sur le corps de l'enfant, manœuvre qui, tout récemment, avait, à la Maternité, dans un cas de contraction spasmodique du col utérin, produit une déchirure profonde sur cette partie de l'organe gestateur, d'où s'en était suivi une hémorrhagie mortelle pour la mère. Il prit donc le parti, l'enfant étant déjà mort, d'opérer la section du col, ce qui fut pratiqué à l'aide de gros ciseaux, et d'ouvrir la tête au moyen du céphalotribe.

Cette opération, la seule propre à débarrasser la femme, a eu tout le succès désirable, et tous les phénomènes observés ont été justifiés par une tête hydrocéphale énorme, qui était près du double d'une tête ordinaire.

N° 4. — 28 Février.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches sur l'action thérapeutique de l'huile de croton tiglium.

Il m'a été donné deux espèces d'huile de croton tiglium, préparées par deux procédés différens à la pharmacie centrale par M. Soubeiran, pour en constater l'action sur l'homme et établir les différences qui pourraient exister dans leur manière d'agir sur l'économie.

J'ai employé ces deux espèces d'huile un grand nombre de fois à l'Hôtel-Dieu, dans des rhumatismes, des catharres pulmonaires, des affections du cœur, la jaunisse avec ou sans douleur à la région épigastrique, des entérites légères, des fièvres typhoïdes; dans la convalescence de plusieurs maladies aiguës, dans des constipations de plusieurs jours, etc.; et chez beaucoup de ces malades qui abondent dans les hôpitaux et qui ne présentent que quelques symptômes insignifians, qu'il serait difficile de rapporter à aucune cause déterminée.

Voici ce que j'ai observé :

Par la partie supérieure du canal digestif j'ai toujours fait administrer l'huile de croton de 1 à 4 gouttes, dans une cuillerée de tisane ou d'eau, puis les malades prenaient une tasse d'une boisson quelconque.

L'effet immédiat que j'ai constamment remarqué est une salivation abondante, un sentiment d'âcreté à la gorge, de chaleur, d'ardeur dans la poitrine le long de l'œsophage et qui s'arrête toujours à l'estomac; chez quelques malades il a été tellement fort qu'ils le comparaient à une brûlure, d'autres à de l'eau-de-vie qu'ils auraient bue.

Ces diverses sensations persistent de une à quatre et cinq heures; trois malades n'ont rien éprouvé, plusieurs ont conservé de l'âcreté pendant 24 heures. J'ai remarqué que cette *sensation de passage* est en rapport avec le nombre de gouttes prises; mais cependant il est quelques cas qui semblent tenir aux circonstances individuelles : car j'ai vu plusieurs malades qui n'ayant pris qu'une seule goutte, se plaignaient beaucoup. Moi-même ayant mis sur ma langue au plus un quart de goutte d'huile n. 2, j'ai éprouvé pendant plus de trois heures une âcreté au pharynx et une toux légère déterminée par un chatouillement au larynx.

Quelques instans après que l'huile a été introduite dans l'estomac, et quand déjà l'âcreté à la gorge, le crachottement, etc., ont diminué, il survient un sentiment de chaleur et même de brûlure dans l'estomac; puis de une à cinq heures après l'ingestion de l'huile de croton, les malades éprouvent des phénomènes variés : quelques-uns vomissent, mais la proportion de ceux-ci- n'est pas de plus d'un sixième; les vomissemens sont rarement repétés; un, deux ou trois efforts au plus et les malades sont soulagés. Ces vomissemens ne sont pas non plus fatigans, et quand ils ont lieu, l'action purgative est prompte, les secousses faisant passer immédiatement dans les intestins les matières contenues dans l'estomac, en même temps qu'elles en expulsent au-dehors. Quelquefois les malades éprouvent du gargouillement dans le ventre, pendant quelques heures, et n'ont pas de selles.

Quand il n'y a pas de vomissement au bout de une à deux heures, il survient des gargouillemens dans l'abdomen, et des évacuations ne tardent pas à avoir lieu; elles ne sont jamais très-nombreuses, souvent de trois à six, rarement de huit à dix; plusieurs fois j'ai observé du ténesme, mais ce phénomène si fatigant est très-rare. L'action simple et purgative de l'huile de croton, que je viens de décrire, dure de deux à six heures, et c'est ce que l'on observe le plus ordinairement; et le lendemain d'une purgation simple par cette substance, les malades sont bien, ils ne conservent pas de faiblesse, et ont de l'appétit que l'on peut satisfaire impunément.

Si l'on a égard au temps que demande l'huile de croton pour agir comme purgatif, et à celui que réclament les substances alimentaires pour traverser le canal digestif, on sera autorisé à penser que son action a lieu sur le canal intestinal en déterminant des contractions péristaltiques plus nombreuses que de coutume. Mais il est une série de phénomènes que j'ai observés plusieurs fois, et qui ne peuvent être attribués qu'à l'absorption de cette substance. Ces phénomènes sont graves, quoique de peu de durée, et les suites n'ont jamais été funestes. Je vais les relater avec d'autant plus de soin qu'ils me paraissent être fournis par le cœur, et que M. Magendie ne les a pas mentionnés dans son formulaire, où on lit seulement ces mots : « Je me suis d'abord assuré que cette huile est purgative à une dose infiniment petite; une goutte, une demi-goutte, par exemple. A dose plus élevée, cette huile devient fortement drastique, elle détermine une violente inflammation du canal intestinal, accompagnée de vomissemens répétés et de déjections continuelles. Injectée dans les veines, elle produit aussi, suivant la dose, soit l'inflammation du canal intestinal, soit même la mort des animaux. »

Chez quelques malades qui avaient pris deux ou trois gouttes d'huile de croton, je n'ai observé ni vomissemens, ni selles, mais des gargouillemens chez plusieurs; ainsi point d'action purgative. Puis une ou deux heures après l'ingestion, les malades se plaignaient d'un poids à la région épigastrique et de malaise; d'autres ont offert une gêne au creux de l'estomac, de la difficulté pour respirer, de l'anxiété, de l'agitation, des palpitations violentes, des douleurs dans les membres, de la céphalalgie avec de l'incertitude dans les idées; un malade a éprouvé une douleur plus vive à la région du cœur et qui s'étendait dans les deux bras suivant le trajet des artères brachiales qu'il nous indiquait exactement. Ces divers symptômes étaient bientôt suivis d'une chaleur générale, de sueur abondante, puis de sommeil; le lendemain les malades étaient fatigués courbaturés.

Ces phénomènes ont quelquefois été assez intenses pour nécessiter l'emploi de quelques bains de pieds et de sinapismes, mais une fois dissipés, il n'en restait plus de trace.

Plusieurs fois j'ai observé et l'action purgative, et le phénomène d'absorptions que je viens de décrire; mais alors il se bornait à de l'anxiété et à de l'oppression.

Les phénomènes que produit l'huile de croton, en passant à travers la portion sus-diaphragmatique du canal digestif, peuvent être évités; ainsi j'ai fait confectionner des petites pulules d'un huitième de goutte d'huile, et j'en ai administré à un malade de ma pratique particulière; j'ai obtenu de la chaleur dans l'es-

tomac, puis des selles; mais pas d'âcreté à la gorge: j'avais donc raison, au commencement, d'appeler ces phénomènes *des phénomènes de passage;* ce mode d'administration, de l'huile de croton, et sans contredit le meilleur, et si je ne l'ai pas employé à l'hôpital, c'est qu'il faut, dans un service médical, éviter les complications, simplifier la besogne de chacun, et faire le plus possible par soi-même pour être à peu près certain des résultats. Je me souviendrai toujours avoir vu Beauchène fils, faire, à l'hôpital St-Antoine, des recherches sur l'emploi du suc d'artichaut dans les hydropisies, et j'ai la certitude que ses malades n'ont jamais pris que de la tisane de chiendent nitrée.

Administrée en lavemens à la dose de 6 gouttes, l'huile de croton détermine constamment trois ou quatre évacuations sans coliques ni gargouillement; je n'ai pas non plus observé de phénomènes d'absorption: son action, par cette voie, est sûre et ne fatigue pas les malades.

Il n'en est pas de même de la méthode endermique: j'ai fait frictionner plusieurs fois la face interne des cuisses et de l'abdomen, avec 8 ou 10 gouttes d'huile de croton, et je n'ai rien obtenu, si ce n'est des érysipèles, sans conséquence il est vrai, avec une infinité de petits boutons au sommet; chez un malade seulement il y a eu plusieurs évacuations. Une autre fois j'ai versé 10 gouttes d'huile sur l'abdomen d'un homme affecté de fièvre typhoïde, puis j'ai fait recouvrir le ventre d'un cataplasme émollient; son dévoiement n'a pas été augmenté, et le lendemain je n'ai pas observé d'action locale à la peau.

Sachant que l'huile de croton détermine une éruption de boutons, sur la portion de tégument avec laquelle on la met en contact, j'ai voulu, un jour, déterminer cette éruption sur la partie antérieure du cou d'un jeune homme affecté de tubercules pulmonaires et de phthisie laryngée: j'ai versé 4 gouttes d'huile sur un morceau de sparadrap de diachylon gommé, et je l'ai appliqué à la partie antérieure du cou du malade; quatre heures plus tard il eut deux selles abondantes, après avoir éprouvé de la démangeaison sur le lieu de l'application; le lendemain de la rougeur et des petits boutons blancs existaient au cou; alors nouvelle application de 4 gouttes, le malade eut six évacuations, de l'anxiété, de la douleur dans la poitrine, de la fièvre et de la sueur seulement sur *la moitié gauche du corps et les membres correspondans.*

Ce mode d'endermie m'étant alors connu, je continuai d'y avoir recours; il n'est point constant comme purgatif; mais il vaut mieux que celui par les frictions.

Quelques observations feront mieux saisir ce que j'ai observé: en voici une où l'huile de croton a produit une purgation simple sans phénomènes toxiques.

Un malade entre à l'hôpital pour se faire traiter d'une varioloïde qui a marché régulièrement: le dixième jour douleur, rougeur, chaleur à la gorge, difficulté d'avaler, etc., constipation depuis quatre jours; voulant lui donner un purgatif et craignant que la substance employée n'augmentât le mal de gorge, je fis appliquer sept gouttes d'huile de croton à la face interne du bras gauche: dans la journée point de douleur de ventre ni de gargouillement, point de symptôme vers la poitrine, dans la nuit trois selles abondantes; le lendemain sous le dyachylon existait une infinité de petits boutons à sommets blancs, avec de la démangeaison; en trois jours l'affection locale a cessé.

Dans plusieurs circonstances l'action a été semblable à celle observée chez ce malade; mais dans l'observation qui suit, la marche n'a pas été aussi régulière. Un homme, entré dans mon service pour un catarrhe pulmonaire, présenta de la constipation pendant plusieurs jours: le matin application de 10 gouttes d'huile à la face interne du bras gauche; vers quatre heures quelques coliques, beaucoup de ténesme et d'efforts pour aller à la garde-robe; et cependant il n'a eu qu'une très-petite selle solide; le lendemain la surface sur laquelle avait été appliquée l'huile était fort peu rouge, à peine rosée; elle est couverte de boutons peu nombreux, nullement vésiculeux, nullement blancs à leurs sommets; nouvelle application de neuf gouttes d'huile sur le même lieu; une heure après chaleur vive et cuisson, céphalalgie intense qui dure jusqu'au lendemain matin quatre heures, point de selle; vingt-quatre heures après l'application de l'huile la peau était rouge, élevée, et offrait des boutons volumineux suppurés avec une aréole d'un rouge vif. Nouvelle application de quinze gouttes d'huile à la face interne de l'autre bras: dans la journée anxiété considérable, étouffemens, douleur à la base de la poitrine, fièvre forte; mais point de ténesme, point de coliques, une garde-robe solide.

Enfin récemment, chez un petit malade, j'ai employé l'huile successivement à la dose de dix, douze et quinze gouttes, en trois jours, sans obtenir ni action purgative, ni phénomènes généraux et à peine quelques boutons; il est facile de concevoir que ces variétés tiennent à la facilité plus ou moins grande d'absorption de la peau.

L'huile de croton, appliquée sur la peau et maintenue par du sparadrap de diachylon, détermine une rougeur érysipélateuse exactement bornée au contact de l'huile; elle est parfaitement circonscrite, se termine brusquement, et non insensiblement comme les érysipèles; de telle sorte qu'on peut lui donner presque à volonté la forme que l'on désire; cette rougeur est accompagnée de démangeaison quelquefois assez vive; au bout de huit ou dix heures d'application, on voit apparaître une infinité de petits boutons miliaires qui offrent, après vingt-quatre heures, un aspect blanchâtre à leur sommet; vus à la loupe, ils sont opaques, presque transparens, ne renferment pas de sérosité, puis, plus tard, ils suppurent. Au bout de trois jours tout a disparu; il ne reste plus qu'une couleur un peu foncée de la peau. Quelquefois cependant une douleur assez vive les accompagne et persiste quelques jours.

Si ces résultats diffèrent un peu de ceux qu'a obtenus M. Magendie, il faut en chercher la cause dans les huiles de croton tiglium qui ont servi à faire les expériences.

Existe-t-il une différence d'action entre les deux huiles de croton tiglium, que j'ai employées? je ne le pense pas ; dans le commencement, j'ai toujours donné l'une ou l'autre alternativement, et pour éviter les erreurs, j'ai numéroté les flacons n° 1 et n° 2, et je n'ai jamais observé que des différences individuelles ; ainsi l'une et l'autre sont aussi désagréables au goût, ont aussi produit des vomissemens et des selles plus ou moins abondantes; elles ont de même déterminé des phénomènes généraux ; enfin de même elles ont échoué dans leur action connue. PIEDAGNEL.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA THÉRAPEUTIQUE CONCERNANT LES RÉTRÉCISSEMENS LES PLUS GRAVES DU CANAL DE L'URÈTRE CHEZ L'HOMME.

Si l'on compulse les ouvrages de notre art écrits avant le quinzième siècle, on trouve à peine quelques notions très-vagues sur les rétrécissemens du canal de l'urètre. On en conçoit la raison quand on se rappelle que ce n'est qu'en 1492 que le génie supérieur de Christophe Colomb osa franchir l'Océan pour aborder le Nouveau-Monde. C'est de là, en effet, que nous viennent les causes les plus puissantes de la maladie dont nous voulons nous occuper dans cet article. Il est vrai qu'une contusion, une blessure au périnée peuvent quelquefois produire un rétrécissement des plus fâcheux du canal urétral; il est vrai aussi que le développement morbide d'une partie de la prostate (troisième lobe de Home) peut proéminer du côté de la cavité vésicale, et boucher, en quelque sorte, hermétiquement l'extrémité cistique du canal de l'urètre ; mais, il faut en convenir, c'est la phlogose urétrale, la phlogose blénorrhagique et contagieuse qui est la cause la plus fréquente de rétrécissemens de ce conduit urino-spermatique. Quoi qu'en disent nos antiquaires, partisans de l'indigénéité de la syphilis chez les peuples du vieux continent, ils ne nous prouveront jamais par des faits authentiques que les rétrécissemens spontanés de l'urètre aient existé chez nous avant l'époque dont nous parlons, d'une manière aussi fréquente et aussi grave qu'on l'observe de nos jours.

D'après les recherches les plus récentes sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens organiques de l'urètre, il résulte que ces rétrécissemens affectent cinq formes bien distinctes : 1° *le rétrécissement valvulaire :* il embrasse toute ou presque toute la circonférence d'un point du calibre du canal ; 2° *le rétrécissement tubulaire :* c'est une sorte de gonflement chronique avec induration d'une portion entière de la muqueuse et du tissu sous jacent de l'urètre ; 3° *le rétrécissement nodiforme :* il est caractérisé par des tubercules calleux, plus ou moins durs, qui envahissent quelques points de la muqueuse et du tissu adjacent ; 4° *le rétrécissement filiforme :* il résulte d'espèces de brides linéaires, dures et ordinairement transversales du canal urétral; ces brides se convertissent à la longue en valvules ; 5° enfin, *le rétrécissement fungoïde :* il est formé par des carnosités sur la muqueuse de l'urètre. Ce dernier rétrécissement, que les anciens croyaient le plus fréquent, est aujourd'hui prouvé le plus rare de tous. Dans cette classification, je n'ai pas compté les cicatrices de l'urètre, parce que cette lésion se rattache plutôt à l'histoire des blessures de ce canal qu'à celle des rétrécissemens spontanés. Rappelons maintenant en peu de mots quelques idées fondamentales dont la connaissance nous paraît indispensable pour le traitement de certains rétrécissemens de l'urètre.

Le siége primitif de tout rétrécissemens urétral est toujours à la paroi inférieure du canal.

Quant à leur profondeur, les rétrécissement de l'urètre n'ont jamais été observés jusqu'à présent au-delà du bulbe urétral. Ce point, qui répond à cinq ou six pouces de profondeur, suivant les individus, est le siége le plus ordinaire des rétrécissemens.

La partie membraneuse et prostatique de l'urètre n'est donc jamais le siége d'aucun rétrécissement organique spontané; mais depuis ce point de conjugaison de la portion membraneuse avec la portion spongieuse ou périnale de l'urètre jusqu'au méat urinaire, les rétrécissemens peuvent avoir lieu indistinctement. Il peut aussi en exister plusieurs chez un même individu. Jamais un rétrécissement organique de l'urètre n'est poussé au point d'oblitérer le calibre de ce canal. Il reste toujours, dans les cas les plus avancés, un petit point libre qui permet à quelques gouttes de liquide de passer. Si dans plusieurs circonstances de ce genre on voit des rétentions complètes d'urine, cela tient à ce qu'un bouchon accidentel de mucus ou de sang caillé vient fermer complétement le trou dont nous parlons.

Il est bon de se rappeler enfin que dans tout rétrécissement très-avancé du canal de l'urètre, le col de la vessie se trouve pour ainsi dire remplacé par la portion rétrécie du canal urétral ; car l'urine, ramassée derrière l'obstacle, distend la portion supérieure de l'urètre, et se continue avec celle qui existe dans la cavité du col et du corps de l'organe vésical.

Les rétrécissemens légers de l'urètre, n'exigeant pas d'autres soins pour leur guérison que l'usage des bougies dilatantes, je ne m'y arrêterai pas davantage. J'arrive donc aux rétrécissemens graves, insurmontables ou compliqués de fausse route.

Lorsqu'un rétrécissement urétral est arrivé à un tel degré de gravité que le malade ne peut plus uriner, le devoir du chirurgien est de franchir l'obstacle avec une bougie des plus fines, et à entrer dans la vessie avec cet instrument sans faire de fausse route. Mais si l'obstacle est insurmontable par la bougie, que faire? S'il y a déjà une fausse route dans le canal, comment se conduire pour éviter de retomber dans la mauvaise voie et franchir l'obstacle avec la bougie? Voilà les deux premières questions qu'il faut d'abord résoudre.

Jusqu'à l'époque de Desault, c'était un précepte admis en chirurgie de pratiquer la ponction de la vessie en cas de rétention complète d'urine, lorsque la bougie la plus fine ne pouvait pas franchir le rétrécissement de l'urètre qui en était la cause. Ce célèbre chirurgien crut devoir s'écarter de ce précepte en remplaçant la ponction de la vessie par le cathétérisme forcé. En cela il fut suivi par son élève Boyer ; et M. Roux, successeur de la pratique de Boyer, ne se conduit pas autrement dans les cas pareils. Voici comment j'ai vu ce dernier chirurgien pratiquer le cathétérisme forcé. Avec une sonde d'argent dont le bout vésical est conique et presque pointu, il arrive jusqu'à l'obstacle ; là il pousse doucement et à pleine main l'instrument dans la direction connue de l'urètre ; il perce ainsi une nouvelle route à travers l'obstacle lui-même, et fait entrer la sonde dans la vessie s'il le peut.

Il est étonnant qu'un procédé aussi hasardeux et aussi peu méthodique ait pu venir à l'esprit d'un grand chirurgien comme Desault. Il est plus étonnant encore que Boyer, homme à esprit droit et positif, ait pu adopter et conseiller une pareille manœuvre. J'ai vu des malades traités de la sorte à la Charité périr en peu de jours de fièvre urineuse, par suite des fausses routes que la sonde conique avait produites dans le canal de l'urètre. Par cela seul qu'on a eu le bonheur d'être quelquefois favorisé par le hasard et de réussir, un chirurgien prudent ne doit jamais, selon moi, se croire autorisé à imiter un pareil procédé. Pour mon propre compte, si tous les autres moyens dont nous allons parler échouaient, ce qui n'est pas encore arrivé, j'aimerais cent fois mieux pratiquer la *cystocentèse* hypogastrique (ponction de la vessie) que d'avoir recours à ce procédé barbare et dangereux du cathétérisme forcé.

Lorsque l'obstacle intra-urétral est insurmontable par la bougie la plus fine, le chirurgien ne saurait mieux faire que d'imiter la conduite de l'illustre Dupuytren en pareil cas. Il laissera la bougie devant l'obstacle en la fixant en permanence dans ce canal sans s'inquiéter du reste ; il aura en même temps la prévoyance de ne donner à boire au malade que le moins possible, et de lui défendre formellement toute potion nitrée ou diurétique, afin de prévenir un très-grand afflux de liquide dans la vessie. Deux, quatre, six, dix heures après le séjour de la bougie devant l'obstacle, il reviendra aux tentatives d'introduction de cet instrument dans le rétrécissement, et il sera tout étonné de sentir la bougie franchir l'obstacle et entrer dans la vessie avec une facilité extrême. Dans le très-grand nombre de malades atteints de l'espèce de rétrécissement dont il est question, que j'ai vu traiter à l'Hôtel-Dieu par le célèbre chirurgien que le monde vient de perdre, je n'ai pas observé un seul cas qui ait résisté à ce mode de traitement, ou qui ait exigé d'avoir recours à d'autres moyens. C'est donc là un point capital de pratique que nous ne saurions trop recommander à nos confrères. Une fois que l'obstacle est déjà vaincu, et que la bougie est dans la vessie, il y a autre chose à faire pour faire uriner le malade, nous en parlerons.

Dans le cas où le rétrécissement, insurmontable par la bougie, est en même temps compliqué de fausse-route, le mal est bien autrement grave que dans le cas précédent. Je suppose que la bougie ne puisse suivre d'autre chemin que celui de la route accidentelle, qui arrive ordinairement près de l'obstacle, et qu'il soit par conséquent impossible de placer l'instrument devant le rétrécissement, comme dans le cas précédent. C'est dans ces circonstances que plusieurs chirurgiens modernes ont recours avec avantage aux *injections forcées* dans l'urètre, dans le but de débarrasser ce canal du sang provenant de la fausse route, de déboucher et amollir le rétrécissement, et de provoquer une petite issue à l'urine qui est ramassée derrière l'obstacle. Je m'explique.

Depuis plus de vingt ans on parle des injections forcées dans l'urètre comme d'un moyen propre à faire cesser la rétention d'urine dépendant d'un rétrécissement de ce canal. Monteggia en a parlé en 1814 dans le tome huitième de son ouvrage de chirurgie ; et il cite une brochure de Ghioni, imprimée en 1804 à Paris, dans laquelle les injections huileuses de l'urètre sont recommandées comme un remède héroïque pour vaincre les rétrécissemens organiques. Sœmmering et d'autres chirurgiens avaient aussi préconisé le même remède. Mais, il faut en convenir, c'est à M. Amussat qu'on doit en France la propagation de l'emploi de ce moyen. Ce chirurgien se sert tout simplement des injections d'eau tiède. Voici de quelle manière je lui ai vu dernièrement employer cette médication dans un cas très-grave de rétrécissement avec fausse route.

Il introduisit une petite sonde de gomme élastique jusqu'à un pouce de l'obstacle et de la fausse route ; engagea le bec métallique d'une bouteille en caoutchouc, remplie d'eau tiède dans l'ouverture de la sonde ; serra la verge avec une main sur la sonde, et poussa avec l'autre l'eau de la bouteille par petits jets à chaque fois, et comme par saccades ; il faisait en même temps comprimer la fausse route avec une main au périnée, afin de ne pas produire d'extravasation du liquide injecté, et de forcer celui-ci à agir contre l'obstacle et à se rencontrer avec la colonne descendante de l'urine. On conçoit bien que si les deux colonnes du liquide (savoir : l'eau injectée et l'urine qui est derrière l'obstacle) se rencontrent une fois, un jet très-fin d'urine s'établit au dehors sur-le-champ par les lois hydrauliques connues, et le malade est soulagé. On laisse sortir chaque injection qu'on répète plusieurs fois de la même manière, en obligeant le malade de faire des efforts d'uriner au moment qu'on pousse le liquide. On peut se servir d'une seringue ordinaire en place de la bouteille en caoutchouc. On essaie, après plusieurs injections forcées, de faire passer une très-mince bougie dans l'obstacle pour la pousser jusque dans la vessie. Il est important dans cette manœuvre de faire comprimer la fausse route par le périnée, afin que la bougie ne s'y engage pas. C'est en se conduisant de la sorte que j'ai vu réussir, dans le cas que je cite, à franchir l'obstacle avec la bougie après deux jours d'injections continuées avec persévérance.

Une fois que la bougie est dans la vessie, on n'a pas encore tout fait pour le malade, car on éprouve quelquefois autant de difficulté les jours suivans pour changer la bougie, que l'on en a eu la première fois pour franchir l'obstacle. Ces difficultés sont surtout très-grandes s'il y a déjà une fausse route, car l'instrument tend toujours à s'y engager.

On surmonte facilement ces obstacles en suivant la pratique suivante : attachez un fil de lin de la longueur d'un pied et demi au bout extérieur de la bougie placée; passez le bout libre de ce fil dans l'intérieur d'une sonde de gomme élastique des plus minces, mais assez grosse pour que la bougie puisse y être introduite; faites sortir le fil par l'autre extrémité de cette sonde à l'aide d'un long stylet; engagez ensuite l'extrémité de la sonde dans le bout externe de la bougie qui est dans la vessie; poussez doucement la sonde dans l'urètre, en la faisant filer entre les doigts, et en se servant de la bougie comme d'un mandrin ou d'un conducteur. On fait de la sorte parcourir à la sonde tout l'espace occupé par la bougie jusque dans la vessie; on retire alors la bougie à travers la sonde, à l'aide du fil dont nous avons parlé. Dans cette manœuvre, toute la force et l'adresse consistent à faire glisser et filer la sonde sur la bougie sans tirer le fil de celle-ci avant que l'autre soit dans la vessie. On peut alors faire uriner le malade par cette petite sonde. Si cette manœuvre ne réussit pas la première fois, on laisse la bougie dans la vessie, puis on y revient quelques jours après. On remplacera plus tard cette première sonde par une autre plus grosse, glissée de la même manière, afin d'éviter toujours la fausse route.

Ce sujet de thérapeutique fort important réclame de nouveaux développemens, nous continuerons à nous en occuper dans un prochain article. C.

Un mot sur le traitement des ulcérations de la cicatrice ombilicale.

La malpropreté, un amas de matière sébacée irritante, dans la fossette de la cicatrice ombilicale; une cause dartreuse, syphilitique ou autre; surtout, le contact d'un ulcère syphilitique du gland, ainsi que cela peut arriver dans l'érection chez les personnes qui ont l'habitude de relever leur verge sur la ligne blanche de l'hypogastre, ont quelquefois produit des ulcérations plus ou moins difficiles à diagnostiquer et à guérir. Voici deux observations de ce genre.

Un homme, âgé de trente-six ans, fut dernièrement reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 39, pour un écoulement puriforme, très-fétide, qu'il portait depuis deux ans à l'ombilic. En explorant attentivement la cicatrice omphalique, on la trouva prééminente au-dessus du niveau de la fossette ombilicale, en forme d'une petite tumeur : les bords de cette fossette étaient gonflés et relevés aussi, le fond circulaire était légèrement ulcéré, sordide, très-fétide; une quantité considérable de matière ichoreuse était sécrétée par le fond de l'ombilic. Les bains répétés, les soins de propreté ne changeaient rien aux apparences de ce mal. M. Dupuytren fut un instant dans le doute s'il ne s'agissait pas chez ce malade d'une fistule stercorale imperceptible, et s'il ne fallait pas en conséquence, lui *lier* l'ombilic pour le guérir. Cependant, interrogé plusieurs fois sur l'origine de son mal, cet homme assurait que l'écoulement était venu spontanément, sans abcès ni blessure, ni hernie préalables dans cette région; il niait même toute préexistence de syphilis sur lui. D'ailleurs, la matière qui suintait de l'ombilic n'avait pas manifestement l'odeur stercorale. En touchant à pleine main la région de l'ombilic, on ne sentait aucun noyau d'engorgement. Cet homme était bien portant d'ailleurs. L'idée d'une opération fut éloignée.

Plus tard ce malade étant passé dans une des salles de M. Breschet, cet habile chirurgien, ayant déjà traité avec succès plusieurs cas de cette nature qu'il a reconnus pour être presque toujours syphilitiques. Cette affection fut traitée à l'extérieur et à l'intérieur par les préparations mercurielles, et le sujet sortit guéri de l'hôpital en peu de temps.

Il existe dans ce moment à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, un malade ayant plusieurs ulcérations syphilitiques dans la région hypogastrique, sans en excepter toute la fossette ombilicale qui est elle-même le siége d'un ulcère large et profond du même genre. Le traitement ici n'offre rien de remarquable. Je n'ai voulu en parler que sous le point de vue pathologique.

Il est à peine nécessaire de dire que le traitement des ulcères de la cicatrice ombilicale doit, ainsi que celui de tous les ulcères cutanés en général, varier suivant la nature de la cause. T.

Réflexions thérapeutiques sur l'amputation du gros orteil dans la continuité du premier os métatarsien.

Nous nous sommes efforcé, dans ce journal, de prouver par des faits pratiques les inconvéniens et même les dangers qu'il y avait quelquefois d'amputer un orteil entier dans son articulation métatarso-phalangienne, alors que cet orteil n'était que simplement incommode à cause de la direction vicieuse qu'il avait acquise par l'usage de souliers trop étroits. Nous avons fait voir également les avantages immenses qu'offrait dans ces cas la pratique de M. Dupuytren, qui consiste à n'amputer que les deux dernières phalanges seulement de l'orteil rétracté, et à redresser ensuite, à l'aide d'un pansement convenable, la première phalange restante du même orteil. Nous abordons aujourd'hui un autre point de chirurgie non moins important que le précédent, l'amputation du gros orteil avec une partie de l'os métatarsien correspondant.

Toute lésion organique, soit traumatique, soit spon-

tanée, qui intéresse l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, peut exiger l'amputation de cette partie dans la continuité du premier os du métatarse. Il est bien entendu cependant ici, comme dans toute autre amputation ou résection en général, que l'on ne se décidera à sacrifier le membre qu'autant que les autres ressources de l'art seraient inefficaces. Je vais en donner un exemple tout récent qui renferme à lui seul tout ce que le praticien doit savoir pour se bien conduire dans les cas de ce genre.

Un jeune homme, âgé de 24 ans, d'une constitution lymphatique, a été admis à la clinique chirurgicale de la Charité pour être traité d'une suppuration ancienne de l'articulation phalango-métatarsienne du premier orteil du côté droit, avec ramollissement et carie des os de cette partie. L'indication à remplir dans ce cas, ne pouvait être un seul instant douteuse : c'était une sorte de tumeur blanche qu'on ne pouvait guérir que par l'ablation de la partie malade. L'opération a été donc décidée et exécutée de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, le membre mis sur le côté externe; le chirurgien, placé de ce même côté, a pratiqué d'abord d'un seul coup un grand lambeau triangulaire de parties molles sur le bord interne du pied, s'étendant depuis le tiers postérieur du premier métatarsien jusqu'à la moitié de la première phalange du grand orteil. Pour cela, un fort bistouri pointu, à manche fixe, a été plongé de dehors en dedans, et de haut en bas, dans les chairs du bord interne du pied, et au niveau du point du métatarsien indiqué. La pointe du bistouri étant poussée jusqu'à la face plantaire de cette région, l'instrument a été promené d'arrière en avant, en rasant en quelque sorte le bord de ces os, jusqu'à la moitié de la première phalange. Il en est résulté par-là une sorte de lambeau triangulaire qu'on a renversé en arrière, à peu près comme celui qu'on obtient à l'épaule lorsqu'on désarticule le bras d'après le procédé de M. Larrey.

Ensuite, en plongeant de la même manière le bistouri sur le bord externe du même métatarsien, on a pratiqué une incision jusqu'à la racine du premier et du second orteils. Tout le grand orteil et une partie du premier métatarsien se sont trouvés par cette double section de parties molles, séparés des autres orteils et du reste du métatarse. Une petite attelle de bois a été alors placée entre les deux premiers métatarsiens, et d'un seul trait d'une très-petite scie ordinaire (scie métacarpienne), l'on a retranché en bec de flûte, ou obliquement d'arrière en avant, le premier métatarsien dans son tiers postérieur. Le gros orteil s'est donc trouvé de la sorte enlevé avec les deux tiers antérieurs de son os métatarsien.

L'on conçoit déjà que le pansement après cette opération doit être très-simple. Il s'agit de lier les vaisseaux qui donnent du sang; de rapprocher exactement les parties saignantes, et de les maintenir dans cet état à l'aide de bandelettes agglutinatives, de compresses longuettes et d'une bande. Il y a cependant ici une remarque particulière à faire à l'égard de la ligature des vaisseaux, remarque que nous avons vérifiée dans plusieurs régions du pied et de la main, et même dans la région occipitale de la tête, et qui n'est pas sans intérêt pour la pratique. C'est que toutes ces régions étant naturellement douées d'un tissu cellulaire très-serré, lorsqu'un travail morbide s'y est établi depuis long-temps, ce tissu se ramollit au point qu'il est impossible de lier les artères qu'il contient ; car il se déchire à la moindre pression des mords de la pince. Il faut dans ces cas, on appliquer de bonne heure un fer rouge sur tous les points d'où le sang paraît sourdre, ainsi que nous l'avons plusieurs fois vu pratiquer à M. Dupuytren; ou bien tamponner convenablement la plaie au lieu de l'affronter par première intention. On a toujours dans cette circonstance la ressource d'affronter plus tard les lambeaux de la plaie, lorsque celle-ci sera détergée et que les bourgeons charnus paraissent déjà d'un bel aspect.

Ce que nous venons de dire en dernier lieu, s'est vérifié chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire. Le sang coulait en nappe par divers points du fond de la plaie sans que les vaisseaux aient pu être exactement liés à l'aide de la pince; les tissus qu'on allait étrangler par ce procédé, se déchiraient sous la plus petite traction. On a alors pris le parti de comprendre les points saignans dans autant d'anses de fil, passées à l'aide d'une aiguille courbe. Le sang a paru arrêté pour le moment. Le pansement par première intention a donc été appliqué. Mais le soir, une hémorrhagie effrayante a obligé le chirurgien de garde à défaire l'appareil et à cautériser la plaie avec un fer rouge.

Ne pourrait-on pas se demander à présent pourquoi l'ablation d'un des petits orteils dans l'articulation métatarso-phalangienne entraîne souvent des accidens fâcheux, quelquefois même mortels, tandis que rien de pareil ne s'observe dans l'amputation du premier os métatarsien que nous venons de décrire, et dans laquelle on enlève une quantité beaucoup plus considérable de parties? Et pourquoi ces mêmes accidens ne se montrent jamais après la désarticulation des doigts de la main en général? Nous aimons mieux avouer franchement notre ignorance à cet égard que de nous livrer à des conjectures qui pourraient ne pas satisfaire également tous les esprits.

T.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DE L'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

La semence du croton tiglium des Molluques ou graine de tilly, fournit une huile purgative fort âcre dont l'usage est devenu bien plus habituel dans ces derniers temps. MM. Pelletier et Caventon ont découvert dans cette huile un acide volatil très-âcre, auquel ils

ont rapporté son action médicale énergique ; cependant M. Pelletier a remarqué que son énergie ne répondait pas à celle de la graine elle-même. Brandes qui a repris l'analyse de la semence de croton, y a trouvé, entre autres matières, une résine brune mollasse fort âcre, qui contribue certainement aux effets médicamenteux de l'huile. Cet état de nos connaissances était utile à rappeler pour exposer l'objet de cette note.

Quand on veut obtenir l'huile de croton, on passe la semence au moulin pour la diviser, et on la soumet à la presse. L'huile est épaisse et ne coule que lentement. Il en reste une assez grande quantité dans le marc. C'est une perte à laquelle le prix assez élevé des semences de croton doit faire chercher les moyens de se soustraire. Un procédé se présente tout naturellement, c'est l'emploi de l'alcool, qui se mêle en toute proportion à la matière huileuse et qui donne ainsi une liqueur peu visqueuse qui s'écoule à la presse sans difficulté. Mais après avoir obtenu ce mélange de l'huile et de l'alcool, il faut nécessairement chasser celui-ci par la chaleur, ce qui doit entraîner une perte d'acide crotonique. Les vapeurs âcres qui s'exhalent pendant l'opération ne confirment que trop bien la vérité de cet effet. D'un autre côté l'huile obtenue par l'alcool, doit, comme toutes celles des euphorbiacées préparées par son intermède, être plus chargée de parties résineuses ; de sorte que théoriquement le procédé entraîne inévitablement une diminution dans les propriétés médicales de l'huile, par la perte d'une partie de l'acide crotonique, et au contraire un accroissement de ces mêmes propriétés par l'introduction d'une plus forte proportion de matière résineuse. Des essais thérapeutiques faits simultanément sur les deux huiles m'ont paru le meilleur moyen d'établir si l'huile pouvait avoir perdu ou gagné quelque chose, par l'emploi de l'alcool. M. Piédagnel a bien voulu se charger de cet examen, et les essais nombreux auxquels il s'est livré lui ont prouvé qu'il n'était pas possible d'observer de différence entre l'action de l'huile faite à froid, et celle de l'huile obtenue par l'intermède de l'alcool. Les deux huiles que j'avais préparées pour ces expériences l'avaient été de la manière suivante. L'une avait été obtenue par simple expression ; l'autre provenait du traitement du marc de l'opération précédente par l'alcool ; le tourteau de croton avait été pulvérisé, puis mélangé avec deux fois son poids d'alcool rectifié et après avoir été chauffée au bain-marie, la matière toute chaude avait été mise à la presse ; l'alcool avait ensuite été séparé de l'huile par la décantation. On sait que l'huile de croton laisse déposer une assez grande quantité d'une sorte de stéarine acide peu de temps après sa préparation. Ce dépôt fut plus abondant de l'huile obtenue du marc. Mais chacune d'elles ne fut livrée qu'après qu'elle eut déposé pendant une quainzaine de jours et qu'elle eut été obtenue bien claire par la décantation.

Les résultats obtenus par M. Piédagnel ayant bien fixé le point théorique et pratique qu'il était nécessaire d'éclairer, voici le procédé qui me paraît le meilleur pour obtenir économiquement l'huile de croton.

On passe les semences de croton tiglium au moulin, sans se donner la peine de les monder de leur enveloppe. On pourrait le faire pour obtenir une quantité d'huile un peu plus considérable ; mais les semences de croton sont si âcres qu'il faut éviter de les manier autant qu'il est possible. La poudre de croton est renfermée dans une toile de coutil et elle est soumise à la presse entre deux plaques de fer chauffées. On filtre l'huile qui s'est écoulée, après l'avoir laissée déposer pendant une quinzaine de jours. On broie la substance qui forme le résidu de cette première opération et on le met dans un bain-marie formé avec deux fois son poids d'alcool rectifié ; on fait chauffer au bain-marie jusqu'à 50 ou 60 degrés, et l'on verse sur une toile pour soumettre de suite à la presse, dans cette partie de l'opération surtout, il faut chercher à se garantir des vapeurs âcres, qui peuvent faire naître des accidens assez graves. Il est bien rare du reste que dans la préparation de cette huile, quand on opère sur des masses un peu considérables, on ne soit atteint d'une irritation sur quelques parties du corps, lors même que l'on n'a recours qu'à l'expression à froid : aussi on ne saurait trop recommander de précautions pour se mettre à l'abri des accidens.

La liqueur alcoolique qui s'est écoulée à la presse, est distillée au bain-marie, pour en séparer l'alcool, que l'on conserve pour une nouvelle opération. Le produit est une huile épaisse que l'on abandonne à elle-même pendant une quinzaine de jours ; au bout de ce temps on la sépare du dépôt qui s'est formé, on la filtre à la chaleur de l'étuve, et on la mélange au produit de l'expression.

On pourrait ne faire qu'une opération et traiter immédiatement la poudre des semences par l'alcool, mais alors il en faudrait une plus grande quantité ; la quantité de matière que l'on aurait à manier serait plus considérable, et les chances d'accidens seraient plus nombreuses.

On conçoit du reste que le traitement du marc par l'alcool est d'autant plus avantageux que l'on a à sa disposition une presse moins forte ; celles que possèdent la plupart des pharmaciens ont peu de puissance, et ils trouveront alors une grande économie de l'épuisement du marc par l'alcool.

E. Soubeiran.

NOTE SUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP D'ORGEAT AU LAIT,

Par Émile Mouchon fils, pharmacien à Lyon.

Il est des esprits si prompts à jeter le blâme sur certaines modifications qui blessent d'anciens usages reçus, même lorsqu'elles ne présentent véritablement en elles-mêmes rien que puissent condamner et la raison, et le religieux respect que nous devons conserver en général pour ce qui a reçu la sanction du temps, que nous pourrions nous étonner, à bon droit, de ne recevoir au-

cune désapprobation de leur part, en proposant la formule d'un sirop d'orgeat au lait.

Cependant, il est très-vrai de dire que ce n'est qu'avec le secours de ce fluide animal que nous sommes parvenus à donner à ce saccharole la parfaite homogénéité qu'il réclame pour sa longue conservation.

Le lait, liquide essentiellement assimilable, adoucissant, dont s'accommodent si bien les organes digestifs en général, surtout lorsqu'il est dépouillé de ses parties crémeuses ou butyreuses, nous paraît constituer le menstrue le plus convenablement approprié à la bonne confection du sirop d'orgeat. Véritable émulsion animale, cette sécrétion s'allie à merveille avec la matière oléo-albumineuse des amandes et la tient toujours intimement enchaînée. C'est ce qui explique cette parfaite et constante homogénéité qui caractérise si bien le sirop d'orgeat au lait, sirop dont la blancheur est, par la présence de cet excipient, de beaucoup supérieure à celle qui peut résulter du meilleur de nos procédés connus; c'est dans cette même cause aussi que nous puiserons l'explication de la lenteur avec laquelle s'altère notre sirop d'orgeat au lait.

Voici, dans toute sa simplicité, la formule de ce produit :

Prenez :	Amandes douces.	750 grammes.
	Sucre en pain.	3000
	Lait de vache, récemment trait, écrémé avec beaucoup de soin.	2000
	Eaux distillées de laurier cerise.	125
	de fleurs d'oranger.	125

Dépouillez les amandes de leur pellicule, par longue macération dans l'eau, pour les piler avec quatre onces de sucre et autant de lait. Lorsque la division des amandes sera parfaite, vous aurez à ajouter à la pâte amygdaline deux livres douze onces de lait, afin de compléter trois livres de ce véhicule; puis vous soumettrez votre émulsion à la presse, pour reprendre le résidu ou tourteau avec la livre restante de lait et les hydrolats aromatiques. La seconde émulsion formée avec soin, dans le mortier, sera passée comme la première, par l'action de la presse, pour être réunie avec elle et recevoir le sucre, que l'on aura préalablement passé à travers un tamis à mailles peu serrées. Ce saccharole, terminé par le secours d'un bain-marie, chauffé le moins possible, pour opérer la solution du sucre, sera coulé avec expression, à l'aide d'une toile un peu claire, pour être mis en bouteilles, après refroidissement.

Cette manipulation donne pour résultat un produit qui se rend tout-à-fait recommandable par tous ses caractères physiques, et d'ailleurs d'autant plus précieux qu'il peut supporter un long séjour en bouteilles, sans subir un changement notable. Il se caractérise tout aussi bien par l'odeur prussique qu'il doit avoir, que si les amandes amères entraient pour un tiers dans le poids total des semences employées, ce qui dispense très-bien de l'emploi de ces amandes. La saveur du lait est du reste totalement effacée par cet arôme, comme par le goût particulier des amandes douces.

Ce produit réunit les propriétés du lait et de l'orgeat; il constitue à la fois un agent diététique doué de propriétés alimentaires qui peuvent trouver leur application dans une multitude de cas que le praticien seul peut apprécier, et un véritable médicament qui peut être mis à profit, dans toutes les circonstances où le médecin peut trouver convenable de recommander l'emploi des boissons émulsives. Nous pensons même, et notre expérience nous semble justifier notre opinion, que le sirop d'orgeat au lait peut-être quelquefois supporté par certaines personnes dont l'idiosyncrasie se refuse obstinément à l'usage d'un lait d'amandes ou du sirop d'orgeat lui-même, ce qui nous conduit tout naturellement à faire l'éloge du sirop de lait de notre honorable collègue M. Robinet, sirop que nous avons eu souvent à préparer, non-seulement pour les usages médicaux qui lui conviennent, mais encore à titre de rafraîchissant et de boisson d'agrément; nous croyons pouvoir en dire tout autant de notre sirop d'orgeat au lait, car il est impossible de lui attribuer la moindre action nuisible. En effet, totalement privés de la substance crémeuse du lait, ces deux produits peuvent et doivent être plus facilement supportés par les estomacs délicats, que s'ils étaient pourvus de cette partie butyracée, qui ne saurait d'ailleurs figurer dans leur composition, sans nuire essentiellement à leur conservation.

E. Mouchon.

NOUVELLE PRÉPARATION DE CÉRAT DU GALIEN.

Votre intéressant et utile journal étant devenu, pour vos nombreux lecteurs, un répertoire fécond, dans lequel viennent se résumer mensuellement la plupart des découvertes qui se font dans les sciences médicales; permettez-moi de prendre cette voie pour faire connaître à mes confrères une amélioration que je crois avoir introduite dans la préparation du cérat de Galien.

Parmi les qualités auxquelles les pharmaciens tiennent le plus dans la confection de cet oléo-cérat, l'extrême blancheur est une des principales, et on l'obtient en employant, d'après le codex, l'huile d'amandes; l'impossibilité d'avoir toujours récente cette dernière, lui fait souvent substituer l'huile d'olives, qui rancit moins facilement; mais donne au composé une couleur jaunâtre qui le dépare.

Pour obvier aux inconvéniens attachés à ces huiles, il me vînt dans l'esprit, il y a quelque temps, de traiter l'huile d'olives par le noir animal, comme moyen décolorant, et le succès surpassa mon attente; car j'obtins une huile, non-seulement incolore et inodore; mais encore elle avait perdu le goût de fruit qu'elle conserve dans beaucoup de localités du Midi; et me servit à préparer un cérat d'une blancheur éclatante.

Enhardi par ce premier succès, j'expérimentai sur un fonds d'huile d'olive vieille, rance et fétide, et j'obtins pour résultat, comme la première fois, une huile incolore, inodore et insipide ; toutes ses mauvaises qualités avaient disparu.

Mon procédé consiste à faire macérer, pendant quinze ou vingt jours, deux livres de noir animal dans dix livres d'huile ; à agiter de temps en temps et filtrer ensuite.

Une macération plus longue ou une plus grande proportion de noir, sont les moyens d'obtenir des résultats plus beaux. Ayant laissé une fois le mélange en digestion pendant plusieurs mois, l'huile fournie fut aussi limpide que de l'eau.

Ne pourrait-on pas employer ce moyen en grand, pour désinfecter les huiles grossières et puantes dont on fait usage dans quelques arts, et rendre par-là le séjour de certaines fabriques moins insalubre ? Il serait possible, ce me semble, de faire ces tentatives avec d'autant plus de facilité, qu'une seule macération suffirait, sans qu'il fût nécessaire d'y joindre une filtration longue et dispendieuse.

Je suis loin d'ignorer que les vertus du charbon animal ne sont pas une découverte nouvelle ; mais personne, que je sache, ne les a appliqués, encore à cet objet. C'est pourquoi je vous prie, monsieur le rédacteur, de vouloir bien donner à ma note une place dans votre estimable publication.

H. Granet, pharm.
A l'Isle (Vaucluse).

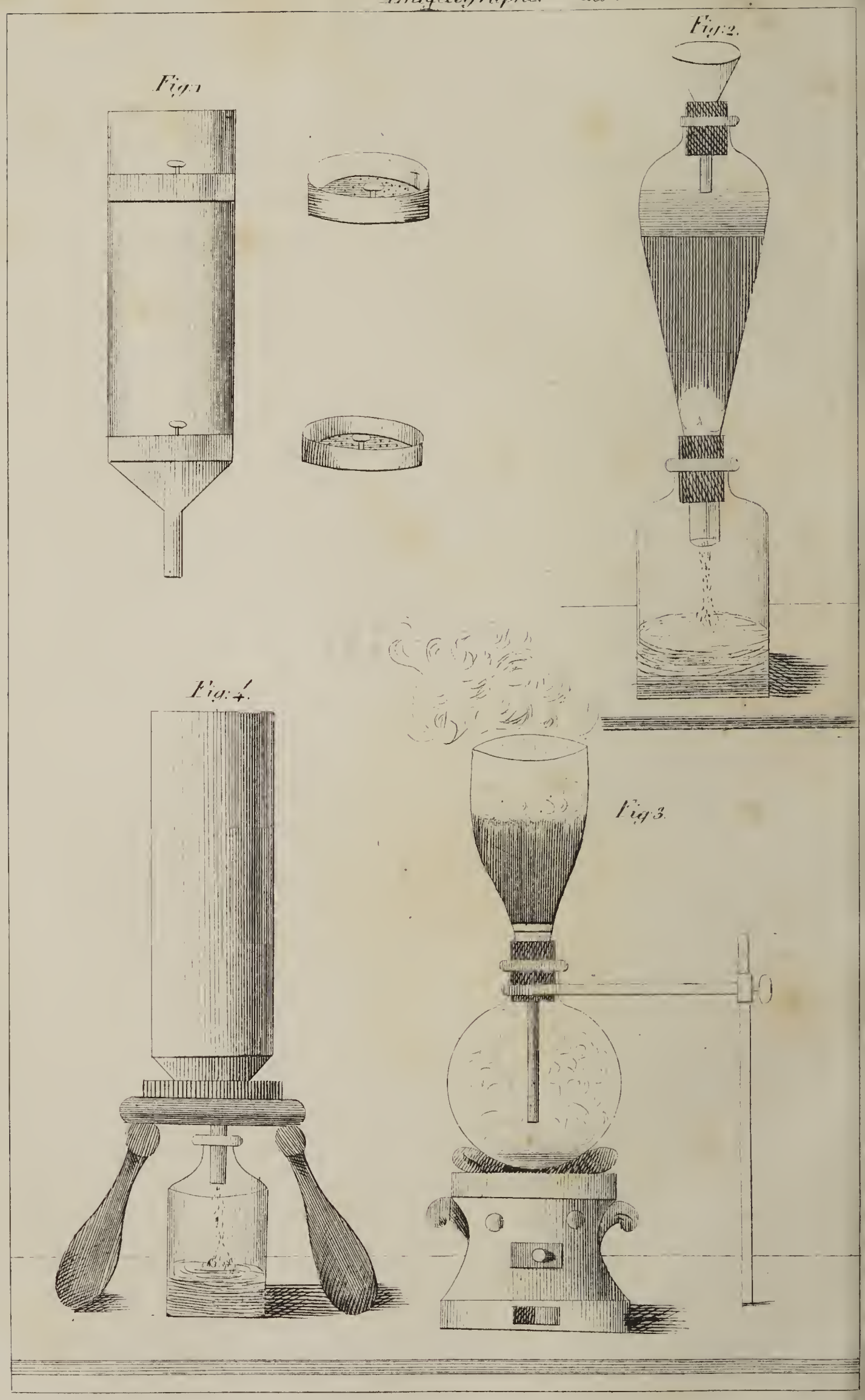


Fig. 1
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.

Fig. 5.

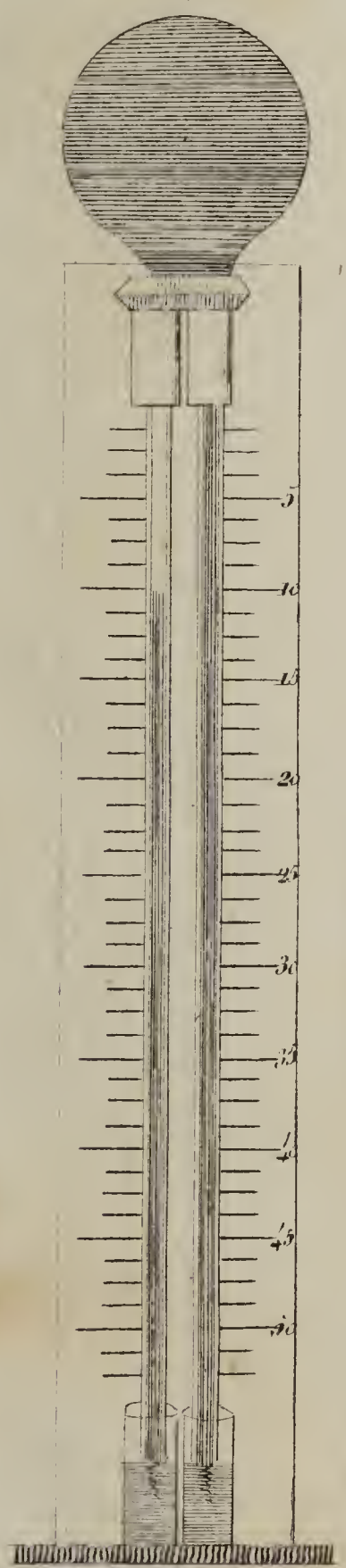
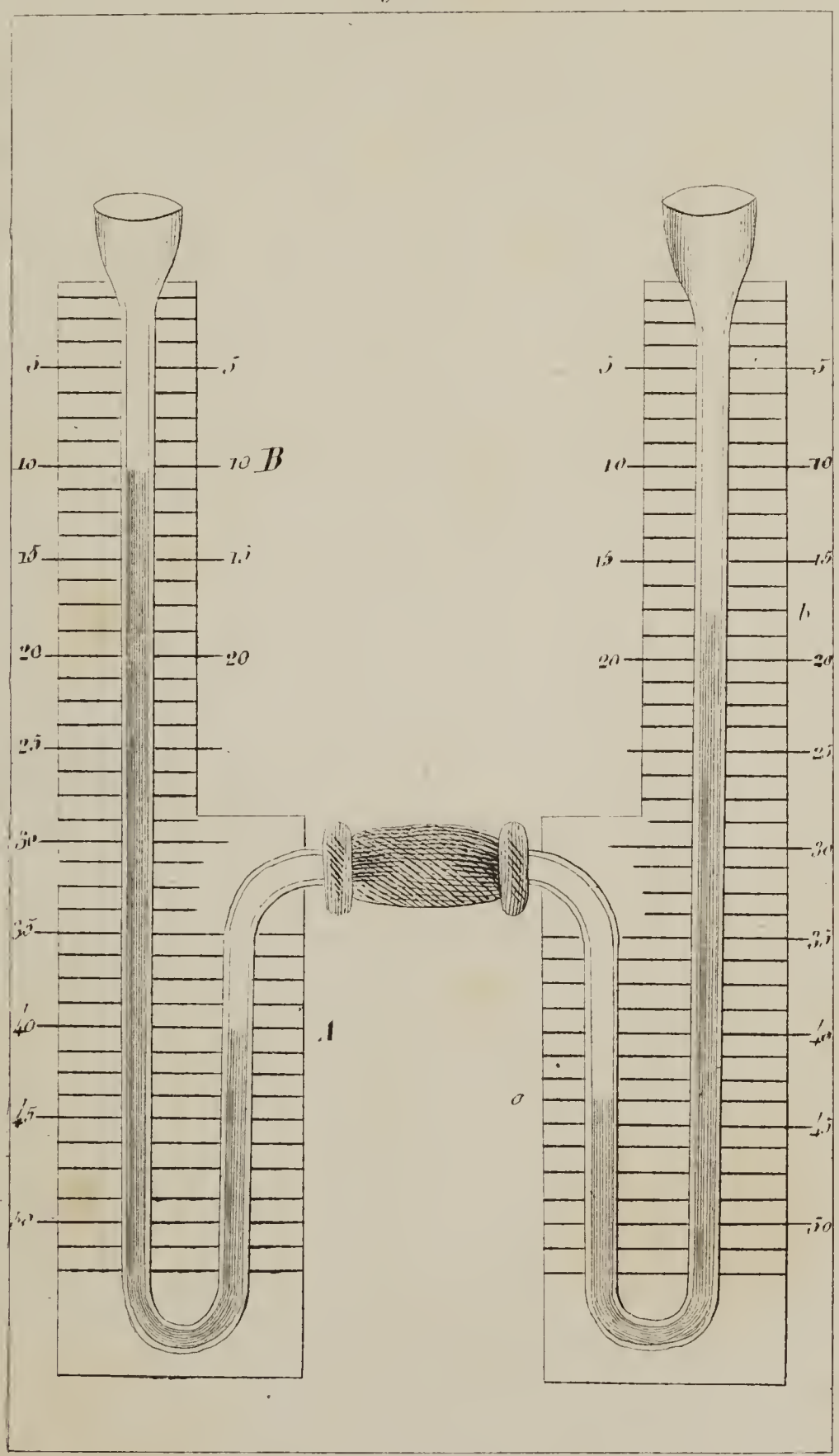


Fig. 6.



JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

FÉVRIER 1835.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

Sur la méthode de déplacement. Applications particulières au Ratanhia et au Gayac. Appareils.

Mémoire faisant suite à celui sur le *filtre-presse* de Réal; par MM. Boullay père et fils.

Après avoir envisagé dans un premier mémoire la question du déplacement sous le point de vue théorique, nous avons cherché dans celui qui le suit à faire apprécier par un exemple saillant et pratique quelles ressources la pharmacie devait tirer de ce procédé simple et précis. En discutant le sujet sous toutes les faces qu'il peut offrir, en y pénétrant avec une attention soutenue, nous avons eu pour but de montrer à la fois les avantages multipliés qu'on peut en attendre et la scrupuleuse persévérance que réclament de semblables travaux pour mériter le suffrage des praticiens et produire des résultats définitifs.

On comprendra sans peine que l'application de la méthode de déplacement à chaque substance demande une étude spéciale et approfondie : en effet, telle manipulation qui est propre à l'une d'elles peut ne pas convenir à une autre, ce n'est que l'expérience qui doit en décider : toutefois nous sommes fondés à dire qu'un grand nombre de corps, ceux même qui sembleraient devoir se plier difficilement à notre méthode, peuvent en recevoir l'application en variant le mode. Une main adroite, soigneuse par-dessus tout, en tirera de très-bons résultats; elle peut échouer au contraire, même avec les corps les plus faciles à laver, si elle est inhabilement employée.

Ainsi, par exemple, la gentiane se gonfle tellement lorsqu'on la mouille avec l'eau, donne une liqueur si épaisse, que l'écoulement en est presque impossible. Exprime-t-on cette première teinture, le résidu devient très-facile à lessiver : l'alcool faible, le vin, traversent beaucoup mieux la gentiane. Une première eau de lavage gonfle la squine au point de faire pâte avec elle; la seconde ne produit plus le même effet. La rhubarbe en poudre fine est difficilement lavée au moyen de l'eau, parce qu'elle augmente considérablement de volume. Avec une poudre plus grossière, le déplacement est facile, et le lavage parfaitement exact à cause de la porosité de la matière. L'ipécacuanha donne lieu à des remarques plus ou moins analogues.

Notre but, en gardant pendant quelque temps le silence sur un sujet aussi fécond en applications, a été de laisser carrière à la discussion, et d'attendre que des expériences faites par d'autres que par nous vinssent confirmer ou infirmer nos idées. Nous croyons que l'épreuve leur a été favorable, et il nous paraît démontré que nous ne présumions pas trop de la méthode de déplacement en présageant qu'elle deviendrait habituelle entre les mains des pharmaciens; un grand nombre de praticiens en ont senti de suite l'utilité et compris l'importance.

M. Soubeiran, des premiers, a reconnu comme nous combien elle peut être avantageuse dans la préparation des teintures éthérées, et souvent dans ses cours il en a indiqué quelqu'application.

M. Simonin nous apprend que le ratanhia, la salsepareille, se prêtent à merveille à ce mode de lessivage, et cèdent leurs principes solubles à de petites quantités d'eau ainsi dirigées.

M. Félix Boudet a appliqué avec succès ce moyen à la préparation de l'huile de fougère.

M. Buchner fils nous a assuré l'avoir mis à profit pour fabriquer diverses résines, telles que celle de jalap.

Dans une note fort bien discutée sur l'emploi de l'écorce de la racine de grenadier, M. Dublanc jeune propose une application de ce procédé que nous croyons utile. Il a, comme nous, observé et fait voir par un exemple frappant combien est grande la quantité de matières qu'une petite proportion d'eau peut dissoudre, lorsqu'elle traverse par un effet continu une longue colonne de poudre soumise à son action dans un vase unique ou dans plusieurs vases successifs.

M. Pelletier, depuis nos premiers mémoires, a mis habituellement à profit notre méthode dans son laboratoire pour obtenir des liqueurs très-chargées de principes actifs sous un petit volume.

Enfin, on nous a dit que ce procédé avait été appliqué depuis quelque temps avec beaucoup de succès au lavage et à l'épuisement des bois de teinture. Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler encore ici que la découverte récente du tannin pur par M. Pelouze, est due à un véritable fait de déplacement.

Quoique chaque jour nous donne lieu de faire quel-

qu'application nouvelle de ces idées, notre projet n'est pas de les indiquer toutes, ce qui formerait une nomenclature fastidieuse et une répétition habituelle des mêmes procédés : nous ne ferons connaître que les objets saillans qui pourraient nous frapper, réservant le reste de nos matériaux pour former les chapitres d'un traité de pharmacie raisonnée dont nous jetons les fondemens : tâche pénible que le temps seul nous permettra sans doute d'accomplir.

Aujourd'hui nous insisterons encore sur le fond même du sujet par de nouveaux exemples qui viennent appuyer les idées que nous avons émises, et nous choisirons les corps qui ont donné lieu à de récentes publications.

Ratanhia.

Le ratanhia ou la racine du *krameria triandra* est une des substances sur lesquelles notre attention a dû être attirée par des considérations de plus d'un genre. Introduit depuis vingt ans à peine dans la matière médicale, le ratanhia a offert à la médecine un astringent précieux par sa puissance anti-hémorrhagique et par son innocuité. Mais par cela même que son usage est récent, les formules des préparations pharmaceutiques qu'il est utile de lui faire subir ne sont point encore arrêtées et demandent à l'être. Le Codex n'a fait mention que de l'extrait, et l'a prescrit de manière à prouver que l'étude de cette racine était alors peu avancée. La décoction, l'extrait par l'eau bouillante ou par l'alcool faible, le sirop fait au moyen de la décoction ou de l'extrait de la racine sont les modes principaux sous lesquels on en a essayé l'emploi ; et si tous ont été usités avec un succès non douteux, quoiqu'ils ne soient ni les plus avantageux ni les plus rationnels, c'est qu'ils n'arrivaient jamais à dénaturer complétement la matière : mais il y a moyen de mettre mieux à profit les propriétés de cette racine, et de suivre dans l'exécution des médicamens offerts par le ratanhia une méthode plus convenable. Sans reproduire ici la discussion si nette et si judicieuse que M. Soubeiran a établie sur le même sujet, et que nous pourrions toutefois invoquer en faveur des applications que nous allons offrir, nous nous bornerons à dire que le ratanhia contient essentiellement : 1° une matière astringente soluble à froid et à chaud (*tannin*) ; 2° une matière colorante (*apothême*) soluble à chaud par elle-même ou à l'aide des corps auxquels elle est associée, insoluble à froid à moins d'être retenue en petite quantité par le tannin, insipide, sans astringence. Il résulte de ces données seules que l'extrait est d'autant plus actif sous un même poids qu'il est plus soluble.

Mais la propriété la plus essentielle à noter ici pour nous, c'est l'altération rapide et profonde que subit au contact de l'air, et pendant l'évaporation, une liqueur chargée des principes du ratanhia, même lorsqu'elle a été obtenue parfaitement transparente. Cette altération, qui y fait naître un abondant dépôt, est d'autant plus grande que la quantité d'eau à évaporer est plus abondante elle-même, et par conséquent le contact de l'air et du feu plus prolongé. Elle augmente aussi en raison de la durée des macérations par cette cause, et par une autre que M. Soubeiran a signalée à juste titre ; c'est que la fibre végétale, le ligneux du centre de la racine qui est blanc par lui-même se teint à chaud et même à froid aux dépens de la matière soluble, s'en sature en quelque sorte en en diminuant notablement la proportion.

Si nous pouvions arriver à réduire autant que possible la quantité des liqueurs à employer, la durée de leur contact avec le ligneux même, celle de leur évaporation, nous aurions atteint, ce nous semble, la limite de perfection à laquelle il nous soit permis d'aspirer. C'est là ce que peut la méthode de déplacement, elle seule ; et nous allons chercher à le prouver.

Le travail de M. Soubeiran n'eût laissé rien à dire s'il eût appliqué lui-même dans ses essais sur le ratanhia ce procédé de lessivage. M. Simonin a voulu depuis combler cette lacune, et ses résultats ont démontré que le lavage du ratanhia par déplacement et par des quantités de véhicule peu considérables réussit parfaitement à dépouiller cette racine de ses principes solubles ; mais trop timide encore dans l'application, M. Simonin n'a pas cru pouvoir se dispenser des macérations préalables, sans doute parce que le ratanhia, par sa dureté, semble devoir être difficile à attaquer. Opérons donc par divers procédés pour que l'expérience nous dirige elle-même dans le choix que nous avons à faire ; mais établissons d'abord comme un fait, que le ratanhia nous parvient généralement en très-bon état par la voie du commerce, et qu'on obtient les mêmes résultats toutes les fois qu'on choisit des racines alongées, peu volumineuses, et munies de nombreuses radicules. Nous sommes fondés à le dire ; car des essais faits il y a dix-huit mois comme hier, sur des matériaux tirés de diverses sources, et répétés jusqu'à trois fois, ont fourni des résultats que nous pouvons déclarer identiques.

Agissons sur une partie de ratanhia (1) (une livre), et suivons d'abord le procédé du Codex. Laissons la poudre macérer pendant plusieurs jours dans quatre parties (4 livres) d'alcool à 22° : puis décantons, filtrons, distillons la liqueur, déplaçons même celle qui est retenue par le marc pour la réunir à la première ; le poids du produit extractif total complétement desséché sera du quart au cinquième (29 gros) de celui de la racine employée.

Jetons au contraire la poudre sur un entonnoir, lessivons-la immédiatement par déplacement continu avec la même quantité d'alcool, et nous aurons un produit plus abondant, dont le poids formera du tiers au quart (38 gros par livre) de celui de la racine. Cet extrait contient presque les deux tiers de son poids de parties insolubles dans l'eau, il ne correspond donc par livre

(1) Dans toutes les opérations, le ratanhia a été employé en poudre grossière et pulvérisé sans résidu.

de racine qu'à 13 gros environ d'extrait supposé parfaitement soluble.

Nous remarquerons d'ailleurs, 1° que le résidu de la macération reste obstinément teint en rouge, tandis que la poudre qui a subi un lavage immédiat est par-là même à peu près décolorée ; 2° que les premières portions de liqueur qui découlent lorsqu'on opère par déplacement sont d'une couleur excessivement intense, et d'une densité qui prouve à quel point elles sont saturées, tandis que les dernières n'offrent plus qu'une teinte extrêmement faible ; c'est-à-dire qu'on pourrait obtenir une quantité de produits sensiblement égale avec beaucoup moins de véhicule.

Il est sans doute inutile d'ajouter qu'en suivant à la lettre le procédé du Codex nous n'aurions obtenu que les 3/4 du produit que nous avons accusé plus haut; car l'expression des matières donne au plus trois parties de teinture pour quatre parties d'alcool employé.

L'action de l'eau nous offre des phénomènes du même ordre. Traité par l'eau bouillante et par déplacement immédiat et continu jusqu'à ce qu'on ait recueilli quatre parties de teinture aqueuse, le ratanhia fournit presque le cinquième de son poids d'extrait sec (25 gros par livre), cet extrait contient moitié environ de son poids de parties solubles (12 gros sur 25).

Si l'on fait bouillir au contraire une partie de ratanhia (une livre) dans quatre parties (quatre livres) d'eau, qu'on jette le tout sur un entonnoir pour laisser écouler la liqueur trouble qui baigne la poudre, déplace-t-on même par l'eau bouillante celle qui y adhère jusqu'à ce qu'on ait recueilli quatre parties de teinture, le produit en extrait sec n'est que le sixième du poids de la racine employée (21 gros par livre), encore ne contient-il pas la moitié de son poids de parties solubles (9 gros et demi sur 21). En répétant la décoction avec une quantité d'eau nouvelle et égale à la première, on obtient encore 10 gros environ d'extrait sec bien moins soluble que le précédent. On peut donc extraire du ratanhia, au moyen de deux décoctions, 31 gros d'extrait contenant 12 gros et demi de matière soluble, mais en employant le double de la quantité d'eau indiquée dans les précédens essais.

L'infusion faite avec quatre parties de véhicule fournit en extrait sec plus du huitième du poids de la matière employée (17 gros par livre); mais cet extrait, qui n'est pas déliquescent, contient plus d'un sixième de parties insolubles. Le produit réel en extrait sec n'est donc dans cette circonstance qu'environ la neuvième partie de la racine (13 gros et demi par livre).

Lessive-t-on enfin le ratanhia au moyen de l'eau froide sans macération préalable de manière à recueillir quatre parties de produit, la liqueur amenée à l'état d'extrait sec en fournit plus du neuvième du poids de la racine (14 gros par livre), en faisant abstraction d'un quinzième environ de matières insolubles qu'il retient. La solution de cet extrait, qui est déliquescent, est d'ailleurs moins colorée et moins prompte à se troubler que celle qui résulte de l'extrait obtenu par macération.

Cherchons maintenant à pénétrer plus avant dans le phénomène. Fractionnons le produit, disséquons-le en quelque sorte, la méthode de déplacement le permet, elle nous apprendra s'il y a moyen d'obtenir sans perte notable un extrait complétement soluble, si d'aussi fortes proportions de véhicule sont indispensables; elle nous marquera le moment précis où l'altération commence, celui où il faut s'arrêter.

Supposons, pour préciser les idées, que l'on opère sur une livre de ratanhia. Plaçons la poudre dans une alonge de verre, et ne la laissons arriver que jusqu'à la naissance du col en lui fermant le chemin par une étoupe ou du coton cardé : couvrons d'eau froide la partie supérieure, et suivons attentivement la marche du liquide. Les premières gouttes sont troublées par une matière d'un rouge clair qui ne tarde pas à se déposer : mais bientôt la liqueur tombe limpide, épaisse, visqueuse; sa nuance est rougeâtre, jaunâtre, peu intense. Recueillons-en dix onces, évaporons-les après les avoir séparées par décantation du dépôt qui s'attache au fond des vases, et nous obtiendrons sept gros d'un extrait sec, rougeâtre, transparent, semblable à la plus belle gomme laque, déliquescent, complétement soluble. Les dix onces qui suivent présenteront à peu près le même aspect, et donneront seulement quatre gros et demi d'un extrait identique. Six à huit onces encore offriront peu de différence dans la nuance, mais bien dans la densité. Un gros et demi d'extrait soluble, tel sera le fruit de leur évaporation.

Au delà la nuance change, passe au rouge vif, et l'extrait cesse d'être complétement miscible à l'eau. On peut encore, en recueillant une quantité de liqueur égale à la somme de celles qui précèdent, obtenir environ deux gros d'extrait; mais l'évaporation la trouble même lorsque l'on fractionne, et le produit, qui n'est plus soluble qu'à moitié, serait négligé avec avantage. Toutefois, on pourrait arriver à obtenir ainsi 14 gros d'extrait soluble par livre de racine.

Ces faits ne conduisent-ils pas d'une manière évidente aux conséquences suivantes :

1° Les extraits de ratanhia, préparés par décoction dans l'eau ou par infusion dans l'alcool, quoique plus abondans que l'extrait aqueux fait à froid par déplacement, sont moins riches que lui en parties solubles dans l'eau, et véritablement actives.

2° Le ratanhia peut être dépouillé de toutes ses parties vraiment solubles au moyen de l'eau froide, en n'employant pour le faire qu'une partie et demie de véhicule; c'est la proportion strictement nécessaire pour mouiller complétement la poudre, et cette quantité ne pourrait en être extraite par toute autre méthode.

3° Toute macération préalable est inutile, nuisible même, ce qui doit paraître remarquable vu la nature de la racine; nous y trouvons la confirmation de ce que nous avons observé déjà sur le quinquina, et nous y puisons l'espérance que ce fait aura quelque généralité.

4° La méthode de déplacement, en réduisant autant que possible les quantités de véhicules à évaporer, en indiquant les proportions strictement nécessaires, per-

met d'obtenir un extrait de ratanhia aussi ménagé que possible, complétement soluble.

5° L'extrait aqueux soluble est le seul qui mérite d'être adopté dans l'usage médical, en tenant compte de son activité supérieure à celle des extraits obtenus par toute autre méthode. C'est sans contredit un médicament beaucoup plus fidèle que tous les autres ; et il serait bon que les médecins prissent l'habitude de le prescrire sous la désignation d'extrait aqueux soluble de ratanhia.

Depuis quelques années, nous avons vu fréquemment prescrire le sirop de ratanhia. Aucune formule publiée n'en indique les proportions ni le mode. La préparation de ce sirop était nécessairement entachée des inconvéniens que nous avons mentionnés ; la décoction ou l'infusion de la racine exigeaient comme pour l'extrait de longues évaporations, ou le sirop était peu chargé de parties actives. Aussi avait-on généralement recours à l'extrait préparé à l'avance pour le confectionner.

Tous ces défauts disparaissent en mettant à profit les remarques que nous venons de faire, et le sirop de ratanhia dont l'importance, comme préparation officinale, était presque nulle, peut devenir par-là même un produit très-précieux. C'est qu'il est possible, au moyen des liqueurs concentrées fournies par notre méthode et d'une évaporation qui se trouve réduite aux limites les plus étroites, de l'amener à être assez chargé des principes de la racine pour qu'il devienne même à petite dose un médicament actif ; il offre alors le moyen le plus sûr de préparer et conserver sans altération les mêmes principes.

Ainsi l'on arrive à former presque de suite un sirop dont chaque once contient l'équivalent d'un demi-gros d'extrait soluble supposé sec (1), et dont la force doit être parfaitement en harmonie avec les indications que ce remède est appelé à remplir. Nous établissons sa formule de la manière suivante :

Sirop de ratanhia à un demi-gros (2). — Ratanhia de bonne qualité en poudre grossière, *une livre ou* 16 *parties.*

Versez la poudre dans un vase en forme d'alonge de trois pouces de diamètre environ, dans la plus grande partie de sa longueur ; recouvrez d'eau froide et maintenez-en la surface de la poudre baignée, jusqu'à ce que vous avez recueilli de *liqueur* 26 *onces ou* 26 *parties.*

Laissez déposer pendant quelques heures, décantez, et faites fondre à chaud *sucre* 15 *onces ou* 16 *parties ;* portez au bouillon, et amenez ce produit au poids de 26 *onces ou* 26 *parties ou à* 30° *bouillant.*

Cette dose de sirop contiendra les élémens solubles d'une livre de ratanhia, ou de treize gros de notre extrait. Chaque once correspondra à un demi-gros d'extrait soluble.

Sirop de ratanhia à un gros. — Si l'on voulait obtenir sous cette forme un médicament énergique, on pourrait doubler la force du sirop, et l'amener à représenter par once les élémens d'un gros d'extrait soluble de ratanhia. Il faudrait alors faire avec la liqueur seulement sept onces de sucre, treize onces de sirop cuit à 30° ; mais l'évaporation deviendrait réelle, et l'action du feu prolongée. Toutefois, quoique le produit paraisse être lui-même dans le meilleur état, il ne semble pas utile de l'amener habituellement à un aussi haut degré de puissance : c'est ce que l'expérience décidera.

Teinture de ratanhia. — La teinture de ratanhia, comme la plupart des teintures alcooliques, peut être obtenue par ce procédé d'une manière merveilleusement rapide et exacte. Nous saisissons cette occasion pour indiquer une légère précaution qui donne toute sécurité pour la bonne qualité du produit. Toutes les fois qu'on se propose de déplacer un liquide pour un autre de nature différente, soit l'alcool par l'eau, il est à propos, pour éviter tout mélange, d'interposer une ou deux onces de liquide semblable à celui qui est déplacé et que l'on néglige de recueillir.

Décoction. — On voit par ce qui précède que le lessivage immédiat de la poudre de ratanhia, au moyen de l'eau froide, offre un avantage incontestable sur la décoction ou la macération, soit pour l'activité du produit, soit pour son aspect.

Gayac.

Le gayac, sans offrir à la médecine des ressources aussi précieuses que le ratanhia, mérite ici une mention spéciale par la netteté des résultats qu'il nous a offerts dans l'application de notre méthode sur la valeur de laquelle cet article, comme les deux qui précèdent, a pour but de fixer les idées.

Extraits. — M. Soubeiran établit avec raison que l'extrait de gayac fait par décoction est à la fois plus abondant et plus résineux que s'il était obtenu par macération ou par infusion. La décoction étant prescrite par le *Codex*, il faut s'en tenir à ce mode, en faisant observer toutefois qu'on peut diminuer l'énorme quantité d'eau prescrite sans réduire celle du produit, mais bien les chances d'altération pendant l'évaporation. On fait la décoction avec la moindre quantité d'eau possible ; mais, au lieu de porter la masse à la presse, on la jette sur des entonnoirs, et on opère le déplacement par de l'eau bouillante. La liqueur évaporée fournit, par livre de gayac, quatre gros d'extrait d'une consistance ferme et pilulaire, ou un trente-deuxième du poids du gayac employé.

En admettant l'opinion de M. Soubeiran, qui établit que l'extrait de gayac a d'autant plus de valeur qu'il contient une proportion plus grande de résine, on serait porté à penser que l'extrait alcoolique devrait être préférable à tout autre. Nous avons dirigé nos re-

(1) Il est bon d'insister sur la remarque suivante : c'est qu'un demi-gros d'extrait soluble correspond à un gros et demi d'extrait hydro-alcoolique du *Codex*.

(2) Il est important que les médecins qui voudront prescrire l'un ou l'autre de ces sirops adoptent ces expressions.

cherches dans ce sens, et nous allons, sans conclure, en donner les résultats. Ils sont remarquables en eux-mêmes, et en ce qu'ils montrent avec quelle rapidité et quelle perfection le dépouillement de cette poudre est obtenu au moyen de l'eau alcoolique comme de l'alcool.

Lorsqu'on verse sur une partie de gayac, *soit une livre*, trois parties d'alcool à 25° bouillant, ou *trois livres* pour recueillir la totalité en trois fractions égales, le premier produit est très-foncé, le second n'a qu'une teinte ambrée, le troisième est sans couleur.

Les premières portions d'alcool qui traversent la poudre ont une consistance comparable à celle du blanc d'œuf, et plus grande encore. Leur nuance brune est mêlée de jaune et même de vert. La teinte de ce qui suit décroît à vue d'œil comme la densité. Cette liqueur acquiert par l'évaporation une consistance visqueuse, et l'on a peine à dessécher complétement le produit; on y parvient toutefois, et son poids s'élève alors au septième de celui du gayac employé, ou au cinquième s'il est seulement amené à la consistance pilulaire; c'est-à-dire qu'*une livre d'alcool faible* qui a traversé *une livre de gayac* en poudre, donne *deux onces deux gros, d'extrait sec*, ou *trois onces trois gros* il n'est que pilulaire.

Le second produit, ou la *seconde livre*, ne contient plus que *vingt-quatre grains d'extrait sec*, et *la troisième aucune quantité appréciable*. Ces résultats parlent d'eux-mêmes et ne demandent pas d'interprétation.

La même expérience, répétée avec l'alcool à 30°, a fourni, pour *une livre de gayac :*

Premier produit, *deux onces six gros et demi d'extrait pilulaire*. Deuxième produit, *quarante-huit grains*. Troisième produit, *quantité inappréciable*.

La première liqueur était plus foncée, mais le produit moins visqueux, plus résineux peut-être qu'avec l'alcool faible, enfin moins abondant.

Les propriétés physiques des extraits aqueux et hydro-alcoolique de gayac diffèrent essentiellement. L'extrait fait par décoction dans l'eau est noir, un peu déliquescent : son odeur est extrêmement suave et se rapproche de celle de la vanille; l'autre est brun, devient cassant au bout de quelque temps, et semble moins aromatique quoique beaucoup plus résineux.

Résine. — L'alcool faible à 25° paraît enlever au gayac toutes ses parties solubles, soit dans l'eau, soit dans l'alcool. L'extrait hydro-alcoolique offrirait-il quelques applications utiles, serait-il préférable à l'extrait aqueux qui lui est si inférieur en quantité s'il était administré à sa place à une dose égale ou proportionnellement augmentée ? C'est ce que l'expérience seule peut apprendre. On peut établir toutefois qu'il remplacerait avec avantage dans les pharmacies la résine de gayac, que le commerce offre rarement identique et presque toujours altérée. La quantité d'alcool à employer pour préparer ce produit, devenant très-peu importante au moyen de notre méthode, n'en élèverait pas le prix de manière à rendre ce procédé inapplicable.

Teinture. — On voit par ce qui précède combien la teinture de bois de gayac devient facile à préparer, et avec quel avantage elle sera en y appliquant notre méthode.

Appareils.

Nous avons établi dans notre premier mémoire que la simplicité des vases qui peuvent servir à opérer le déplacement est l'un des mérites de notre méthode. Il ne se présente en effet que peu de circonstances où l'on soit tenu à des précautions particulières; avant d'en dire un mot ici, cherchons à résoudre une question qui tient plus immédiatement au fond du sujet. Quelle est la forme la plus convenable à donner aux vases pour opérer le lessivage avec le moins de véhicule possible comme pour obtenir un déplacement exact; ou, en d'autres termes, l'effet sera-t-il plus complet dans un vase cylindrique que dans un vase conique?

Une note de M. Geiger, qui se trouve insérée à la suite de la traduction de notre premier mémoire (*Annalen der Pharmacie*), nous porte à revenir sur ce sujet, soit par la crainte de n'avoir pas été parfaitement compris, ou parce qu'il nous semble d'une grande importance que la question soit nettement établie.

« Ce qui est écrit dans ce mémoire sur l'action de » la presse de Réal, dit M. Geiger, est connu depuis » long-temps en Allemagne, et j'ai dit, il y a dix-sept » ans, dans un petit écrit intitulé : *De la Presse à dis-* » *solution de Real*, etc..... Heidelberg, 1817, ainsi » que dans mon Manuel de Pharmacie, *que c'est un* » *intrument parfait pour épuiser complétement les sub-* » *stances avec la moindre quantité possible de liquide* » *dissolvant.* — Que d'ailleurs la presse de Réal soit » inutile, et qu'un entonnoir puisse la remplacer, c'est » ce que je ne crois pas; d'abord la forme de l'entonnoir n'est pas aussi favorable à l'extraction que la » forme cylindrique; le liquide qu'il faut verser sur la » substance occupe d'autant plus d'espace, que l'on » approche davantage de la partie supérieure, de telle » sorte que sa base présente une surface moindre que » la couche la plus élevée; tandis qu'au contraire dans » la presse de Réal, la colonne de liquide est très-étroite vers la partie supérieure : aussi pour une hauteur égale, cette presse produit-elle le même effet » avec très-peu de liquide, et c'est précisément l'avantage essentiel qu'elle présente. Mais une hauteur » modérée et toujours la même de la colonne du liquide accélère le travail, surtout en grand. Une » hauteur trop considérable est tout-à-fait inutile et » nuisible; huit à dix pieds (terme moyen) suffisent. » Et on ne pourrait pas toujours réussir avec un simple entonnoir, bien que, dans un très-grand nombre » de cas, on parvienne au même but, mais avec beaucoup plus de lenteur et de peine. Les pharmaciens » allemands, surtout ceux du sud de l'Allemagne qui » possèdent la presse simple et si commode *de Bein-*

» *dorf* (1), ne voudront certes pas la remplacer par un » entonnoir dans la préparation de leurs extraits et de » leurs teintures. Cet instrument offre aussi beaucoup » d'avantages pratiques comme appareil à filtrer et à » laver (2).

Sans doute, et sur ce point nous sommes parfaitement d'accord avec M. Geiger, une colonne d'eau d'une hauteur modérée appliquée à la partie supérieure des vases ou le vide à la partie inférieure, rendent l'opération plus rapide, surtout lorsqu'on opère sur des quantités de matière un peu considérables; nous n'avons jamais contesté ce fait. Ce que nous nous sommes appliqués à démontrer, c'est que la colonne d'eau, la pression, n'ajoutent rien ni à la faculté dissolvante des véhicules qui la tirent tout entière de leur contact prolongé avec les poudres et du procédé même de lessivage, ni à la propriété qu'offrent deux liquides de ne pas se mêler lorsqu'on les superpose et qu'ils se substituent l'un à l'autre. Nous avons cherché à prouver encore que la pression d'une colonne d'eau plus ou moins haute est chose inutile dans la plupart des opérations de la pharmacie (3). En un mot, qu'un appareil des plus simples, des plus usuels, un entonnoir, peut, dans une foule de cas, remplir toutes les indications désirables.

Quant à la forme en elle-même, si nous la discutons théoriquement, nous nous accorderons encore une fois à reconnaître que celle du cylindre alongé permet d'opérer le lessivage le plus avantageux, c'est-à-dire avec la moindre quantité de véhicule possible; car, en supposant indéfinie la faculté dissolvante des liquides, l'effet croîtrait en raison directe de la hauteur du vase, et en raison inverse de son diamètre. Aussi devra-t-on préférer cette forme en général, mais surtout lorsqu'on n'emploie qu'un seul et même liquide. C'est ce qui nous a fait dire que la *cafetière à la Dubelloy, qui est cylindrique, devait être notre modèle*, et que le récipient destiné à recevoir la poudre demandait à être étroit, alongé. Nous avons ajouté, il est vrai, *conique inférieurement;* en voici les motifs :

Lorsqu'on veut déplacer l'un par l'autre deux liquides capables de se mêler, il faut s'efforcer de superposer le plus promptement possible sur la surface entière du liquide inférieur celui qui doit le pousser, afin que toute la couche horizontale soit chassée en même temps, et que les parties qui la composent ne se trouvent pas isolées les unes des autres. Celles qui resteraient en arrière se mélangeraient nécessairement vers la base avec le liquide déplaçant qui les aurait devancées en un point quelconque de la surface. Or, moins l'écoulement sera abondant ou rapide à la partie inférieure, plus il sera facile de recouvrir presque au même instant la surface supérieure, plus il y aura déplacement exact et sans mélange des deux liqueurs. C'est ce que procure le rétrécissement d'un vase dont la partie inférieure se termine en cône renversé : cette disposition s'oppose à ce que l'équilibre se détruise entre les diverses parties de la masse liquide, et lui permet même de se rétablir : elle donne enfin toute facilité pour fractionner les produits; ce qui est de la plus haute importance dans la circonstance particulière qui nous occupe.

On peut voir sur la *fig.* 1 de la planche ci-jointe quelle est la forme du vase que nous avons adopté dès le principe pour notre usage particulier toutes les fois qu'un entonnoir ordinaire n'a pu nous suffire ou nous a paru moins favorable. La partie conique est une fraction peu importante de la longueur. Nous rendons d'ailleurs à volonté au vase la forme cylindrique, quand cela nous paraît utile, en interposant une grille en C D. Celle qui est figurée en A B est mobile comme l'autre; elle sert à empêcher que la poudre ne soit disséminée par le liquide, que l'on verse sur sa surface (1).

Les formes à sucre des raffineurs (2) remplaceraient d'une manière fort heureuse l'appareil que nous venons de figurer. Ces vases sont peu coûteux, peu fragiles, même par l'effet d'une chaleur brusque. On s'en procure aisément de toutes grandeurs. Le support qui les accompagne est destiné tout à la fois à leur servir de base et à recueillir les liqueurs déplacées. C'est un appareil qui doit à l'avenir figurer comme la presse dans le laboratoire du pharmacien. Il aura le mérite de la simplicité uni à celui de la précision.

---

(1) Nous regrettons de ne pas connaître la presse de Beindorf. Lorsque nous aurons acquis quelques renseignemens sur sa disposition, nous les publierons, s'ils nous semblent utiles à connaître.

(2) A la suite du deuxième mémoire, M. Geiger a placé les réflexions suivantes que nous rapportons ici puisque l'occasion s'en trouve naturellement :

« C'est enfin après vingt ans que les Français voient l'importance de l'emploi de la presse Réal, car leur méthode de déplacement est tout-à-fait le même mode d'extraction, et je m'en réfère à ce que j'en ai dit dans un volume précédent de ces annales. Laissons d'ailleurs au lecteur le choix de la presse modifiée d'après nos données, ou bien de l'entonnoir français, mais peut-être ces nouvelles expériences détruiront la prévention que certaines personnes conservaient encore contre l'emploi de cette méthode d'extraction, et elle trouvera plutôt accès auprès d'elle, parce que c'est de France que l'éloge en sera venu. »

(3) M. Réal n'avait pas d'ailleurs étudié comme nous la marche du phénomène, il croyait à la nécessité des macérations, et son appareil ne permettait même pas de les éviter, lorsqu'on agit avec deux liqueurs dissemblables; nous pouvons donc, dans une foule de cas, opérer avec moins de véhicule encore que par le procédé de Réal, puisque nous pouvons obtenir dans plusieurs cas toute la matière soluble avec une quantité de liqueur moindre que celle qui est nécessaire à la macération, exemple le gayac.

(1) Nous répondons à un vœu qui nous a été exprimé, en annonçant ici qu'on trouve chez M. Laurens, ferblantier, rue des Fossés-Montmartre, n°. 12, *le vase à déplacement* tel que nous l'avons indiqué *fig.* 1.

(2) Nous savons que déjà plusieurs pharmaciens en font usage.

Ainsi donc, de simples entonnoirs, des alonges de verre, d'étain, de fer-blanc, des cônes de grès, voilà nos moyens habituels. Ces vases offrent l'avantage de rendre presque toujours inutile la construction d'appareils spéciaux.

Lorsqu'on opère avec des liquides volatils, il faut, comme nous l'avons dit, de légères précautions sur lesquelles il est à peine besoin d'insister, et qui se résument en prescrivant d'éviter avec soin l'évaporation du liquide, et le renouvellement trop libre de l'air.

L'appareil de Donavan pour filtrer à l'abri du courant de l'atmosphère, en y ajoutant une tubulure pour permettre le déplacement remplirait sans doute toutes les conditions d'exactitude, mais on peut les obtenir à moins de frais. Une simple alonge étranglée à la partie supérieure tubulée, et posée sur un flacon de capacité convenable, un papier percé de trous placé sur la poudre un petit entonnoir fixé par un bouchon sur la tubulure, effilé à la base et destiné à l'introduction des liqueurs, suffisent pour opérer avec une grande exactitude. (*Fig.* 2.)

Nous avons par ce moyen obtenu, en traitant la digitale, la ciguë, etc., une quantité de teinture égale souvent aux 19/20 toujours aux 15/16 de l'éther employé.

S'il était reconnu qu'une macération préalable fût nécessaire, on pourrait user du moyen proposé, il y a quelque temps par M. Robiquet. L'appareil qu'il emploie pour traiter les matières végétales par l'éther (1) diffère peu du précédent. La modification essentielle qui y a été apportée consiste en ce que le col de l'alonge est usé sur celui du flacon qui la reçoit, de manière à empêcher le dégagement de l'air, et en ce que la tubulure supérieure est bouchée à l'émeril. L'éther que l'on verse sur la poudre ne peut donc s'écouler, et reste en macération tant qu'on ne soulève pas l'alonge et le bouchon. Il faudra d'ailleurs ajouter à ce procédé l'application de notre méthode pour obtenir le liquide adhérent à la poudre.

Ce sont là de légers détails qu'on peut laisser à l'intelligence de celui qui opère, et qu'il serait long d'énumérer comme fastidieux de lire. Il faut sans cesse avoir présent à l'esprit que le moyen le plus simple est le meilleur, et se rapprocher le plus possible du type de tous ces appareils, qui consiste en une alonge et un flacon (1).

Si nous avons insisté aussi longuement sur les divers points de vue qui résultent de notre méthode, c'est qu'elle nous semble avoir de l'avenir. Elle devra son succès à sa précision, sa puissance et sa simplicité.

(1) Lorsque nous avons cité dans notre premier mémoire la remarque faite il y a quelques années par MM. Robiquet et Boutron-Charlard, que l'huile retenue par la pâte d'amandes exprimée était chassée par l'éther sans qu'il y eût mélange, nous avons cru devoir rappeler un fait réel de déplacement observé par ces chimistes, mais qui, vu en passant, ne leur a donné lieu de tirer aucune conséquence vraie sur la nature du phénomène ou sur la généralité qu'il pourrait avoir. On peut s'en convaincre par les derniers mots même du passage de leur mémoire que nous avons extrait. M. Robiquet, dans la description qu'il a donnée récemment du petit appareil qu'il emploie dans cette circonstance, n'envisage même pas la question sous point de vue du déplacement. C'est donc à tort que M. Guibourt dans la nouvelle édition de son *Traité de Pharmacie* (tom. II, pag. 39), donne à cet appareil le nom d'*entonnoir à déplacement de M. Robiquet*, et qu'il place (pag. 40) MM. Robiquet et Boutron-Charlard au nombre des praticiens qui ont concouru à établir la méthode de déplacement. C'est à tort aussi que M. Bonastre (*Journal de Pharmacie*, pag. 385) s'exprime ainsi : *J'ai essayé de mettre en usage le procédé de déplacement indiqué par nos honorables collègues Robiquet et Boutron-Charlard, et en dernier lieu par M. Boullay;* nous réclamons, et savons le faire à bon droit, toute priorité à cet égard.

(1) Cette discussion nous conduit naturellement à dire quelques mots d'une disposition ingénieuse des mêmes vases réalisée dans la construction de cafetières nouvelles. Cet appareil, sans être très-applicable aux opérations de la pharmacie, nous a paru digne d'une mention spéciale, en ce qu'on y trouve plusieurs opérations réunies, comme la décoction au moyen de la vapeur, l'expression par l'effet du vide, et même le déplacement.

Adapter exactement à l'aide d'un bouchon, *fig.* 3, à un ballon de verre, par exemple, pour voir aisément la marche du phénomène une alonge ou un entonnoir de verre D, de manière à faire arriver la queue à quelques lignes du fond du ballon; puis placer à l'endroit AB, où le vase supérieur se rétrécit, un petit diaphragme percé de trous, c'est construire l'appareil en question. Verse-t-on un peu d'eau dans le vase inférieur C sans arriver à boucher la communication entre les deux, la vapeur chasse en grande partie l'air contenu dans ce vase par le conduit que lui offre l'alonge. On remplit ce vide par de nouvelle eau destinée à l'opération suivante, puis on chauffe encore pour faire remonter le liquide dans la partie supérieure, où la vapeur qui s'échappe sans cesse de l'autre va le réchauffer et le porter bientôt à l'ébullition. On délaie la poudre que l'on veut épuiser dans l'alonge et dans l'eau qu'elle contient, et on prolonge l'ébullition aussi long-temps qu'elle est nécessaire, en laissant retomber de temps en temps une petite quantité de liquide.

La décoction faite, on supprime la chaleur; la liqueur saturée ne tarda pas à redescendre dans le ballon, la poudre à se tasser, à s'exprimer par l'effet de la pression atmosphérique. C'est alors que, pour compléter l'effet, on peut opérer le déplacement en saisissant le moment où la poudre se découvre pour la charger d'une nouvelle quantité de liquide.

Ainsi donc dans le même vase, et pour ainsi dire en une seule opération, on a pu faire la décoction à la vapeur, passer ou déplacer tout à la fois. C'est-à-dire qu'on a évité toutes pertes de temps, de chaleur et de quantités.

Sur les résines par Henry Rose (Annalen der Physik und chemie, 1834, page 33 du 33e. vol.)

Les recherches sur les substances organiques isomériques, et sur la manière dont elles se comportent avec

d'autres corps, sont de la plus haute importance en chimie organique, et celles de MM. Blanchet et Stell (1), sur les huiles essentielles, appartiennent sans contredit aux travaux les plus intéressans de ce genre. Ces chimistes ont trouvé qu'une grande quantité d'huiles essentielles non oxigénées offre la même composition : des recherches simultanées et postérieures d'autres chimistes ont encore augmenté le nombre des huiles essentielles à composition isomérique : ainsi MM. Blanchet et Sell considèrent comme isomériques, 1° et 2° les deux huiles dont est composée l'essence de térébenthine, et auxquelles ils ont donné les noms de *dadyl* et de *peucyl;* 3° et 4° les deux huiles qui constituent l'essence de citron et qu'ils ont appelées *cytronyl* et *citryl :* d'après les travaux de M. Blanchet, on doit y joindre encore, 5° l'huile du baume de copahu; 6° et 7° les deux huiles dont est composée l'huile des baies de genièvre, retirée des fruits non encore mûrs. M. Ettling a trouvé encore la même composition, 8° dans l'essence de girofle, et 9° dans celle de valériane, après les avoir privées toutes les deux des acides avec lesquels elles sont combinées.

Les combinaisons de ces huiles avec l'oxigène n'ont pas encore été étudiées avec autant de soin que le mérite leur importance, puisqu'elles constituent en partie les résines les plus répandues. M. Henry Rose a cru devoir reprendre ce travail : il a pensé qu'il serait surtout intéressant d'étudier comparativement la composition des résines fournies par les huiles essentielles isomériques : ses recherches étaient encore susceptibles de plus d'extensions que celles entreprises sur les huiles essentielles, puisque, ainsi que l'a montré, il y a longtemps. Unverdorben, la majeure partie des résines provenant des huiles essentielles se comporte comme des acides, et forme des combinaisons salines avec des bases inorganiques ; d'autres résines, au contraire, dont plusieurs peuvent aussi être obtenues à l'état cristallin, sont privées complétement des propriétés des acides : l'auteur a donc examiné sous ces différens points de vue quelques-unes des résines cristallisées appartenant à ces deux sections, et voici les résultats auxquels il est arrivé.

Résines qui jouissent des propriétés des acides.

Résine retirée du baume de copahu.

Il n'est pas de résine que l'on puisse obtenir en aussi beaux cristaux que celle-ci : c'est Schweitzer qui a indiqué le moyen de l'obtenir cristallisée ; les cristaux offrent la combinaison de deux prismes verticaux quadrilatères et rhomboïdaux, avec un prisme horizontal et un rhombooctaèdre. Ils sont d'un blanc pur : les plus petits sont transparens; les plus gros ne sont que translucides partout ou seulement sur les arêtes : ils ont très-peu de consistance ; l'alcool concentré bouillant les dissout plus facilement que l'alcool froid ; ils se déposent donc par le refroidissement de la solution préparée à l'aide de l'ébullition. La liqueur alcoolique rougit le papier de tournesol. Cette résine se combine avec des bases inorganiques et ces combinaisons ont toutes les propriétés des sels.

0,509 gram. de résine cristallisée ont été décomposés avec de l'oxide de cuivre dans l'appareil de M. Liébig ; Ils ont fourni 0,464 gram. d'eau et 1,459 gram. d'acide carbonique ; elle est donc composée sur 100 parties de

Carbone.	79,26
Hydrogène.	10,15
Oxigène.	10,59
	100,00

Or, cette composition s'accorde avec celle que MM. Blanchet et Sell ont trouvée dans la colophane, qui contient, d'après ces chimistes, 79,65 carbone, 10,08 hydrogène et 10,27 oxigène, la colophane est un oxide de l'essence de térébenthine : comme la composition de celle-ci est la même, suivant M. Blanchet, que celle de l'huile essentielle de copahu, l'on peut considérer la résine de copahu cristallisée comme un oxide de cette dernière. Nous voyons donc que des corps isomériques, lorsqu'ils sont oxidés, peuvent donner des oxides isomériques.

La composition de la résine de copahu peut, comme celle de la colophane, être exprimée par la formule $10\,C + 16\,H + O$. La composition calculée d'après cette formule serait de 79,275 carbone, 10,355 hydrogène et 10,37 oxigène.

Si à la solution de résine de copahu dans l'alcool on ajoute de l'ammoniaque, il ne se forme pas de précipité, ainsi qu'on l'observe avec les solutions des résines acides en général : si on précipite la résine de la liqueur alcoolique par l'addition d'eau, l'ammoniaque dissout facilement le précipité. Une solution de potasse dans l'alcool n'occasionne aucun trouble dans la solution alcoolique de la résine. On peut également mêler en toutes proportions une solution spiritueuse de résine, et une solution aqueuse, mais concentrée, de potasse sans que le mélange se trouble : mais si l'on ajoute plus d'eau, la combinaison de la résine avec la potasse se précipite avec un excès de cette base.

Une solution alcoolique de résine n'est pas troublée par une solution également alcoolique de nitrate d'argent : mais si l'on ajoute un peu d'ammoniaque il se précipite une combinaison de résine et d'oxide d'argent, qui se dissout complétement dans un excès d'ammoniaque. Le précipité est cristallin et conserve sa structure cristalline même après la désiccation : il est non pas insoluble mais difficilement soluble dans l'alcool : le contact de la lumière le brunit comme d'autres sels d'argent : il fond à une douce chaleur à la manière d'une résine : si l'on élève la température, il se décompose et laisse de l'argent pour résidu après la combustion du charbon.

(1) Le Journal de Pharmacie, année 1834. p. 224 et 341.

Voici les proportions d'argent qu'a obtenues M. Rose dans trois expériences en calcinant des quantités de la combinaison préparées à des époques différentes.

I.	0,308 gram. ont donné	0,081	gram. d'argent.
II.	0,321	0,082	
III.	0,376	0,096	

On a donc pour la composition en centième :

	I.	II.	III.
Oxide d'argent.	28,25	27,41	27,40
Résine.	71,75	72,59	72,60
	100,00	100,00	100,00

Si la résine se combine sans décomposition avec l'oxide d'argent, elle contient dans cette combinaison quatre fois autant d'oxigène que l'oxide, car les quantités d'oxide d'argent indiquées renferment, terme moyen, 1,9 d'oxigène, et la résine en contient 715. Une combinaison de résine et d'oxide d'argent, dans laquelle les proportions d'oxigène sont dans le rapportde 4 : 1, serait, d'après le calcul, formée sur cent parties de 28,42 d'oxide d'argent et 71,58 de résine ; le résultat de la première expérience est d'accord avec cette donnée du calcul : dans les autres expériences il y avait eu vraisemblablement un peu de résine précipitée avec la combinaison.

0,3575 gram. de celle-ci, appartenant à la quantité employée dans la troisième expérience, et contenant par conséquent 0, 2575 gram. de résine, ont donné, par la combustion avec de l'oxide de cuivre, 0,243 gram. d'eau et 0,757 gram. d'acide carbonique, répondant à 10,40 P. C. d'hydrogène et 80,65 P. C. de carbone. — Il en résulte que la résine se combine sans décomposition avec l'oxide d'argent.

Une solution alcoolique d'acétate de plomb, versée dans la solution alcoolique de résine de copahu, y produit aussitôt un précipité abondant d'une combinaison de la résine du copahu avec de l'oxide de plomb : ce précipité est moins cristallin que la combinaison de la même résine avec l'oxide d'argent. Chauffé à l'état sec, il fond comme une résine : pour l'analyse, M. Rose l'a calciné avec précaution à l'air libre, et a obtenu pour résidu un mélange d'oxide de plomb et de plomb l'oxide a été ensuite dissous par de l'acide acétique étendu.

I. 0,455 gramm. de la combinaison ont donné 0,074 gram. d'oxide de plomb et 0,048 gram. de plomb.

II. 0,5755 gram. de combinaison ont donné 0,0415 gram. d'oxide de plomb et 0,108 gram. de plomb.

Cette combinaison est donc composée sur 100 parties de :

	I.	II.
Oxide de plomb.	27,63	27,42
Résine.	72,37	72,58
	100,00	100,00

Dans cette combinaison aussi la résine contient quatre fois autant d'oxigène que la base. Une combinaison de résine de copahu et d'oxide de plomb, dans laquelle les proportions d'oxigène sont dans le rapport de 4 : 1, contiendrait d'après le calcul sur 100 parties : 26,56 d'oxide de plomb et 73,44 de résine. La proportion de résine dans les quantités de la combinaison qui ont été soumises à l'analyse est donc un peu moindre que ne l'indique le calcul. Cette différence tient à ce qu'une dissolution alcoolique d'acétate de plomb laisse facilement précipiter un peu de carbonate de plomb lorsqu'on ne se met pas parfaitement à l'abri du contact de l'air atmosphérique.

La combinaison de cette même résine avec la chaux a donné à l'analyse sur 100 parties :

Chaux.	8,32
Résine.	91,68
	190,00

Cette combinaison présente une composition analogue à celle dont il a été question précédemment. L'oxigène de la base est encore le quart de celui contenu dans la résine. D'après le calcul, une pareille combinaison de résine de copahu et de chaux contiendrait 8,45 P. C. de chaux et 91,55 P. C. de résine de copahu.

Comme les trois combinaisons de la résine de copahu avec l'oxide d'argent, l'oxide de plomb et la chaux ont une composition tout-à-fait analogue, il en résulte que cette résine semble ne former avec les bases qu'une série de combinaisons salines, dans lesquelles la proportion d'oxigène de la résine est quatre fois aussi considérable que celle de la base. Il paraît suivre delà que le poids atomique de la résine est quatre fois plus fort que ne l'indique la formule citée plus haut. La formule exacte pour la composition de la résine n'est donc pas 10 C + 16 H + O, mais bien 40 C + 64 H + 40. M. Rose pense qu'il est rationnel et peut-être aussi plus rigoureux de transformer cette dernière formule en celle-ci 4, (10 C + 16 H) + 4 O.

Résine cristallisable de la colophane.

Cette résine a été obtenue à l'état cristallisé par Ries et par Unverdorben. Le dernier surtout à décrit avec soin sa préparation, ses propriétés et ses combinaisons : comme elle jouit de toutes les propriétés d'un acide, il la nomme *acide silvique* (Silvinsaure). M. Berzélius la désigne sous le nom de résine *bêta* de la térébenthine, tandis qu'il nomme *alpha* la résine moins cristallisable de la même substance.

M. Rose n'a pu obtenir des cristaux assez nets de cette résine pour pouvoir déterminer leur forme. Il a plutôt obtenu une masse cristalline que des cristaux. Dans tout les cas, cette résine cristallise beaucoup plus difficilement que celle de copahu.

Sa solution dans l'alcool rougit le papier de tournesol comme celle de la résine de copahu, et possède

comme celle-ci toutes les propriétés d'un acide, puisqu'elle forme des combinaisons salines avec les bases inorganiques.

0,538 gram. de résine cristallisée ont donné, par la décomposition avec l'oxide de cuivre, 0,481 gram. d'eau et 1,540 gram. d'acide carbonique : la composition de la résine en centième est donc :

Carbone.	79,15
Hydrogène.	9,93
Oxigène.	10,92
	100,00

La solution de la résine dans l'alcool n'est pas troublée par l'ammoniaque liquide : cet alcali la dissout facilement aussi lorsqu'elle a été précipitée par l'eau de sa solution alcoolique. Celle-ci n'est pas troublée par une solution alcoolique de potasse. Lorsqu'une solution alcoolique de résine a été précipitée par de l'eau, le précipité est redissous par une solution aqueuse de potasse : mais par l'addition d'un excès de potasse et d'eau, on voit se précipiter la combinaison de la résine avec la potasse, qui est peu soluble dans un excès de cette base.

La solution alcoolique de la résine n'est pas, non plus que celle de la résine de copahu, troublée par une solution également alcoolique de nitrate d'argent : mais l'addition d'un peu d'ammoniaque précipite la combinaison de la résine avec l'oxide d'argent : un excès d'ammoniaque redissout le précipité. Celui-ci n'a pas un aspect aussi cristallin que celui formé par la combinaison de la résine de copahu avec l'oxide d'argent ; mais il est pulvérulent, soluble dans l'alcool.

0,321 gram. de la combinaison avec l'oxide d'argent ont laissé, après leur combustion au contact de l'air, 0,0835, gram. d'argent. D'après cette expérience, elle est formée sur 100 partie de :

Oxide d'argent.	27,95
Résine.	72,05
	100,00

Il résulte de ces recherches, non-seulement que la résine cristallisable de la colophane à la même composition que la résine du copahu ; mais encore que toutes deux, considérées comme acides, ont tout-à-fait la même capacité de saturation. Elles ont donc entre elles le même rapport que les acides tartrique et racémique (paratartrique) ; mais la ressemblance est encore plus grande, attendu que toutes deux sont obtenues sans eau de cristallisation, tandis que l'acide tartreque se distingue de l'acide racémique à l'état cristallisé par une moindre quantité d'eau de cristallisation.

La solution alcoolique de la résine cristallisée de la colophane donne aussitôt un précipité lorsqu'on la mêle avec une dissolution également alcoolique d'acétate de plomb : on peut laver à plusieurs reprises avec de l'alcool la combinaison de la résine et de l'oxide de plomb, attendu qu'elle n'y est pas soluble. Elle est sous forme d'une poudre blanche non cristalline qui fond à une douce chaleur comme une résine.

M. Rose a préparé quatre fois cette combinaison en changeant légèrement le mode de préparation pour voir si à l'analyse il trouverait un changement dans la proportion du principe constituant. Il a fait l'analyse comme celle de la combinaison de la résine de copahu avec l'oxide de plomb, et il a obtenu de :

I.	0,501 gram.	0.041 oxide de plomb,	et 0,0895 plomb.
II.	0,274	0,0195	0,048
III.	0,549	0,024	0,117
IV.	0,296	0,021	0,055

Ainsi cette combinaison de la résine cristallisée de la colophane est composée en centièmes de :

	I.	II.	III.	IV.
Oxide de plomb.	27,425	26,00	27,32	27,03
Résine.	72,575	74,00	72,68	72,97
	100,000	100,00	100,00	100,00

On voit que cette combinaison a précisement la même composition que la combinaison correspondante de la résine de copahu. Elle contient aussi plus souvent un peu plus d'oxide de plomb que n'en contiendrait une combinaison dont la base ne renfermerait que le quart de sa quantité d'oxigène de la résine, ce qui s'explique par les raisons exposées plus haut.

Résine incristallisable de la colophane.

Unverdorben nomme cette résine acide pinique (*pininsaïne*), et M. Berzélius la désigne sous le nom de résine *alpha* de la térébenthine.

Bien que cette résine ne puisse pas être obtenue cristallisée, M. Rose l'a soumise à quelque expérience, moins dans le but de rechercher sa composition que de s'assurer de sa capacité de saturation.

Sa solution alcoolique se comporte tout-à-fait comme celle de la résine cristallisée de la colophane.

Sa combinaison avec l'oxide de plomb est insoluble dans l'alcool, il est donc facile de la laver complétement avec ce liquide. Elle se prépare comme la combinaison correspondante de la résine cristallisable.

0,6255 gram. de la combinaison en question ont donné à l'analyse 0,0275 gram. d'oxide de plomb et 0,133 gram. de plomb ; elle est donc composée sur cent parties de :

Oxide de plomb.	27,31
Résine.	72,69

Cette même combinaison, analysée avec l'oxide de cuivre, a offert pour la résine absolument la même composition que celle de la résine de copahu et de la résine cristallisée de la colophane.

Observations générales sur les résines acides.

Il suit des expériences précédentes, que les résines produites par l'oxidation d'huiles essentielles ne sont pas seulement isomériques comme celle-ci, mais qu'elles ont encore la même capacité de saturation à l'égard des bases. MM. Blanchet et Sell ont trouvé que les huiles essentielles isomériques non oxigénées se combinent avec l'acide hydrochlorique, tantôt dans une proportion et tantôt dans une autre.

Si l'on considère les résines examinées comme des acides, elles diffèrent de la majeure partie des acides d'origine organique, connus jusqu'à ce jour, par le manque d'eau de cristallisation : l'on sait que jusqu'à présent l'on n'est parvenu à obtenir à l'état anhydre un très-grand nombre d'acides organiques et plusieurs acides dits inorganiques qu'en les combinant avec les bases. Unverdorben regarde il est vrai l'acide silvique comme un hydrate ; mais cette opinion est en contradiction avec les expériences de M. Rose.

Toutes les combinaisons des résines acides avec les bases, qu'a étudiées ce dernier chimiste, ne contiennent pas non plus d'eau de cristallisation : après avoir été lavées avec de l'alcool elles se laissent facilement dessécher, et n'attirent pas l'humidité de l'air lorsqu'elles sont en poudre très-fine.

Dans la combinaison des résines avec les bases, la composition de ces deux corps ne subit aucun changement ; et c'est ce qui différencie essentiellement les résines des acides gras qui, comme on sait, contiennent de l'eau.

On a souvent comparé la transformation des huiles essentielles en résines avec celle des graisses en acides gras : mais les expériences citées plus haut détruisent toute analogie : sans doute par l'oxidation des graisses à l'air il se forme une petite quantité d'acides gras, mais il y a, outre ceux-ci, formation d'autres produits, tandis que la transformation des huiles essentielles en résines est un simple résultat de l'oxidation de l'huile par l'oxigène de l'air atmosphérique.

Résines qui ne possèdent pas les propriétés des acides.

M. Rose ne veut parler dans son mémoire que d'une certaine portion des résines cristallines de cette section, qui ont été désignées sous le nom de sous-résines par M. Bonastre, qui le premier a préparé plusieurs d'entre elles : leur caractère distinctif principal est d'être moins solubles dans l'alcool que d'autres résines, et de se séparer en partie d'une solution alcoolique chaude.

Résine cristalline de l'élemi.

Si l'on traite par de l'alcool froid la résine élemi, et que l'on reprenne le résidu pur de l'alcool bouillant, on peut, par l'évaporation spontanée des liqueurs, obtenir une quantité notable d'une résine cristalline, qu'il suffit de faire redissoudre dans l'alcool bouillant pour la purifier : le produit obtenu représente bien le 1/3 de l'élemi employée. Il est en masses cristallines confuses, dont il est impossible de déterminer la forme.

Cette résine est d'un blanc pur : elle est complétement soluble dans l'alcool concentré bouillant : la solution ne change pas la couleur du papier de tournesol bleui et rougi : chaude, elle devient opaline par le refroidissement, parce qu'une partie de la résine se sépare : au bout de quelques jours les portions séparées forment une masse cristalline floconneuse.

La solution alcoolique de cette résine n'est pas troublée par une solution également alcoolique de potasse : mais une solution aqueuse de la même base en sépare la résine sous forme d'une masse blanche.

L'addition de l'ammoniaque liquide à la solution alcoolique de la résine la transforme en une gelée blanche peu consistante.

Les solutions alcooliques d'acétate de plomb et de nitrate d'argent n'y déterminent pas de précipité : il n'y en a pas non plus de produit, lors même qu'au mélange des solutions de résine et de nitrate d'argent, on ajoute une goutte d'ammoniaque.

Si l'on distille cette résine, il passe d'abord un baume brunâtre d'une odeur agréable qui rougit le papier de tournesol : si on élève la température, ce baume devient brun, prend une odeur désagréable ; mais il rougit toujours le papier de tournesol : il ne se produit pas de liqueur aqueuse, et il ne reste qu'une petite quantité de charbon dans la cornue.

I. 0,557 gram. de résine brûlés avec l'oxide de cuivre ont donné 0,5685 gram. d'eau et 1,677 gram. d'acide carbonique.

II. 0,7635 gram. ont donné 0,7735 gram. d'eau et 2,288 gram. d'acide carbonique.

III. 0,581 gram. ont donné 0,581 gram. d'eau, et 1,729 gram. d'acide carbonique.

La composition est donc sur 100 parties :

	I.	II.	III.
Carbone.	83,25	82,85	82,29
Hydrogène.	11,35	11,24	11,11
Oxigène.	5,41	5,91	6,60
	100,00	100,00	100,00

Le résultat de la première expérience s'accorde très-bien avec la composition calculée d'une combinaison qui serait composée comme les résines mentionnées plus haut, à cette différence près qu'elle contiendrait moitié moins d'oxigène. Une semblable combinaison serait formée sur cent parties, de carbone 83,61, hydrogène 10,91 et oxigène 5,47. Cette composition pourrait s'exprimer par la formule $2\,(10\,C + 16\,H) + O$. La formule exprimerait en même temps que cette résine est un degré inférieur de l'oxidation du radical, dont les degrés d'oxidation plus élevés sont les résines acides.

Les expériences tentées pour savoir si cette résine jouit des propriétés des bases ont donné des résultats négatifs.

Résine cristalline de l'euphorbe.

Elle se prépare de la même manière que la résine cristalline de l'élemi : malgré des dissolutions réitérées dans l'alcool bouillant. M. Rose n'a pu l'obtenir tout-à-fait anssi blanche que cette dernière. Il est impossible de déterminer la forme des cristaux.

Cette résine se dissout plus facilement dans l'alcool que celle de l'élemi : la saveur de cette solution ne présente que très-peu d'âcreté. Elle ne change pas la couleur du papier de tournesol : elle ne devient pas opaline par le refroidissement lorsqu'elle est saturée, comme celle de la résine élemi ; mais il ne tarde pas à s'en séparer de la résine sous forme de groupe de cristaux mamillaires. L'ammoniaque y produit aussitôt un nuage blanc : mais la résine ne s'en sépare pas à l'état gélatineux, comme fait la résine de l'élemi dans des circonstances semblables : elle n'est pas troublée par une solution alcoolique de potasse, mais bien par une solution aqueuse de la même base.

Les dissolutions d'acétate de plomb et de nitrate d'argent n'y occasionnent pas de précipité ; celui-ci n'a pas même lieu lorsqu'on ajoute une goutte d'ammoniaque à la dissolution d'argent.

A la distillation sèche, cette résine se comporte comme celle de l'élemi : le baume brun, que l'on obtient dans cette opération, rougit le papier de tournesol.

I. 0,484 gram. de cette usine brûlée avec de l'oxide de cuivre, ont donné 0,494 gram. d'eau et 1,426 gram. d'acide carbonique.

II. 0.397 gram. ont donné 0,406 gram. d'eau et 1,173 gram. d'acide carbonique.

La composition de la résine en centième est donc :

	I.	II.
Carbone.	81,47	81,70
Hydrogène.	11,33	11,36
Oxigène.	7,20	6,94
	100,00	100,00

M. Rose regarde comme vraisemblable que cette résine est isomérique avec la résine cristalline de l'élemi, et que la différence dans la composition provient de ce que celle de l'euphorbe retient encore une petite quantité d'un corps étranger, qu'il n'est pas possible d'enlever complétement par des cristallisations répétées.

De la propriété que possèdent les métaux et d'autres substances solides de déterminer la combinaison des substances gazeuses, par M. Faraday. (Phil. trans. de 1834.)

Peu de temps après la découverte si remarquable qui fut faite en 1823, par M. Dœbereiner, de la propriété que possède l'éponge de platine de déterminer à la température ordinaire la combustion de l'hydrogène, MM. Thenard et Dulong entreprirent une série d'expériences curieuses sur ce sujet, et constatèrent que cette propriété ne tient pas uniquement à la division du métal, mais qu'elle dépend surtout d'un certain état de sa surface qui s'affaiblit et se dissipe peu à peu, soit par l'exposition à l'air, soit par l'influence d'un courant d'oxigène, d'hydrogène ou d'acide carbonique, soit en plongeant le métal dans du mercure. Ils constatèrent aussi que les fils, les feuilles ou lames de platine possédaient cette propriété, mais à un moindre degré que le platine très-divisé, et qu'ils la perdaient plus rapidement sous l'influence des mêmes causes ; que l'on pouvait toujours restituer cette propriété au platine, soit en le chauffant au rouge ou en le traitant par l'acide nitrique ou par plusieurs autres agens chimiques.

Enfin ils montrèrent encore qu'une propriété analogue sa retrouvait dans le palladium, le rhodium, l'iridium et plusieurs autres substances métalliques et non métalliques, telles que le verre, la porcelaine, la pierre ponce, le charbon, mais à un degré inférieur à ce qui s'observe pour le platine.

Quant à la cause qui détermine cette action singulière, nous l'ignorons encore complétement ; nous savons seulement, d'après les recherches des savans que nous venons de citer, que ces effets ne sont point dus à des influences électriques, bien qu'ils ne paraissent pas dépendre essentiellement de la nature des corps qui les produit, et qu'ils soient au contraire essentiellement et passagers comme le sont en général les effets dus à l'électricité.

L'attention de M. Faraday vient d'être fixée de nouveau sur ce sujet à l'occasion d'une série d'expériences sur l'électricité dont il s'est occupé dans ces dernières années.

M. Faraday a remarqué que les gaz provenant de la décomposition de l'eau par la pile, abandonnés pendant un temps dans la cloche où ils s'étaient dégagés, diminuaient progressivement de volume et finissaient par se réduire à zéro, lorsqu'après avoir rompu le circuit on les laissait en contact avec les fils de platine servant de pôle. En cherchant à se rendre compte de cet effet, il a reconnu que le fil qui avait servi de pôle positif était seul capable de le produire, et que ce fil, comme le fil du pôle négatif, n'avaient aucune action sur le gaz hydrogène et sur le gaz oxigène isolés l'un de l'autre.

En variant ses expériences avec des fils de platine qui avaient servi de pôle pendant la décomposition de l'eau par la pile. M. Faraday ne tarda pas à reconnaître que l'influence particulière du fil positif dépend uniquement de la netteté et de la propreté de la surface du platine ; que si le fil négatif n'agit pas de même, il faut l'attribuer aux métaux ou aux matières terreuses qui se déposent sur la surface et en altèrent la netteté ; que tous les moyens mécaniques ou chimiques qui peu-

vent décaper la surface du platine lui donnent au même degré la propriété d'agir sur le mélange d'oxigène et d'hydrogène ; que parmi tous ces moyens, l'un des plus puissans consiste à plonger le métal dans l'acide sulfurique bouillant, et à le laisser ensuite pendant 12 ou 15 minutes dans l'eau pure, afin de lui enlever les dernières traces d'acide ; que si l'action de la chaleur ne donne pas dans tous les cas au platine cette propriété, il faut l'attribuer aux matières étrangères que la flamme ou les combustibles déposent souvent sur la surface.

Que l'action du platine préparé sur un mélange d'oxigène et d'hydrogène, quoique diminuant peu à peu, pouvait cependant être conservée pendant un temps plus ou moins long, suivant les circonstances, surtout en s'opposant à l'influence des agens extérieurs.

Ainsi deux lames (1) de platine placées dans un petit flacon hermétiquement bouché n'avaient rien perdu de leur propriété au bout de huit jours, tandis que deux autres, préparées de même et abandonnées à l'air, étaient sans effet au bout de douze heures, et même d'un temps beaucoup plus court, si elles se trouvaient soumises à l'influence d'un courant d'air rapide. Des lames préparées, mises dans une petite quantité d'eau distillée et renfermées dans des flacons hermétiquement bouchés, n'avaient pas sensiblement perdu de leurs propriétés après vingt-quatre jours, et la possédaient encore d'une manière très-remarquable au bout de cinquante-trois jours.

M. Faraday examine ensuite l'influence de divers gaz sur l'action du platine lorsqu'on les introduit dans le mélange explosif.

Il a remarqué qu'une forte proportion d'air atmosphérique introduit dans le mélange n'empêchait pas l'action de la lame de platine, lors même que l'air formait les deux tiers du mélange gazeux. Il suffisait au contraire de un quarante-huitième de gaz oléfiant pour arrêter complétement l'influence de la lame de platine; l'action du gaz oléfiant ne paraît pas s'exercer sur le platine lui-même, car en retirant la lame et la plongeant dans un autre mélange d'oxigène et d'hydrogène, elle en détermine la combinaison.

Quatre volumes d'acide carbonique mélangés à un volume de gaz explosif n'empêchent point l'action du platine, tandis que un huitième d'oxide de carbone l'arrête complétement.

Il suffit de la présence 1/16 ou 1/20 d'hydrogène sulfuré pour que cette action du platine ne soit pas appréciable, même après soixante-dix heures de contact, et dans ce cas la lame du platine a perdu la propriété d'agir sur d'autres mélanges explosifs. L'on obtient des effets analogues lorsque l'on dirige sur une éponge de platine un courant d'hydrogène mélangé de gaz étranger.

L'hydrogène provenant de la décomposition de l'eau par le fer présente un fait très-singulier. Non-seulement il ne se contient pas avec l'oxigène sous l'influence du platine, mais le métal qui a été plongé pendant quelque temps dans ce mélange a perdu la propriété d'agir sur un autre mélange explosif. M. Faraday attribue cet effet à la présence d'une petite quantité d'oxide de carbone, effet qui persiste malgré les lavages qu'on a pu faire éprouver au gaz.

Ne présumant pas, dit M. Faraday, que la théorie de l'action du platine sur les gaz ait été donnée jusqu'à présent, je me hasarde à présenter quelques idées qui me semblent pouvoir rendre compte de ces effets d'après les principes connus. Il faut observer, en ce qui concerne le platine, que son action ne peut tenir à aucun acte particulier et transitoire, soit électrique, soit d'une autre nature, dans lequel ce métal se trouverait. Il suffit, pour n'avoir aucun doute à cet égard, de se rappeler toutes les espèces d'actions qui peuvent donner à une lame de platine la propriété dont nous recherchons la cause. L'expérience prouve qu'elle ne dépend pas non plus de l'état de porosité, de ténuité ou de densité du métal. La condition qui paraît être la seule essentielle, c'est que la surface soit parfaitement propre et métallique; il est vrai que la forme que l'on donnera au métal, et l'état dans lequel il se trouvera pourront influer sur la rapidité et par conséquent sur l'apparence du phénomène, ainsi que sur quelques circonstances accessoires, telles que l'ignition du platine et la combustion du gaz. Mais dans l'état même le plus favorable sous ce dernier rapport, si la première condition n'est pas remplie, aucun effet ne pourra avoir lieu.

L'effet dont il est question est produit évidemment par la plupart, si ce n'est par tous les corps solides, à un faible degré, il est vrai, par plusieurs d'entre eux, mais avec beaucoup d'énergie par le platine. Dulong et Thenard ont montré que cette propriété appartient à peu près à tous les métaux, ainsi qu'aux terres, au verre, etc.; il ne peut donc être question de lui attribuer une origine électrique.

Il résulte selon moi, de tous les phénomènes qui se rattachent à ce sujet, la conviction que les effets dont il s'agit sont tout-à-fait secondaires, et qu'ils dépendent des conditions naturelles de l'élasticité gazeuse, combinée avec l'action d'une force attractive que possèdent plusieurs corps à un très-haut degré ; je veux parler ici de cette force attractive qui produit l'adhésion sans déterminer en même temps de combinaison chimique, mais qui peut, sous l'empire de circonstances favorables, telles que celles qui ont lieu dans le cas actuel, déterminer la combinaison des corps soumis en même temps à son action. Je suis disposé à admettre (et probablement je ne suis pas seul) que, dans l'attraction moléculaire comme dans l'affinité chimique, la sphère d'action de chaque particule s'étend au delà de celles avec lesquelles elle est immédiatement et

(1) Dans ses essais, M. Faraday s'est servi de lames de platine ayant 1/2 pouce de large, 2 pouces de long, quelques-unes avaient 1/200 de pouce d'épaisseur, d'autres 1/70 d'autres 1/600.

évidemment unie, et que cette action à distance peut produire des effets d'une haute importance. Je pense que c'est là la cause déterminante du phénomène découvert par Dœbereiner, et de plusieurs autres d'une nature analogue.

Les corps hygrométriques, qui ont la propriété d'altérer et de condenser la vapeur d'eau sans se combiner chimiquement avec elle, fournissent un exemple de ce genre d'attraction. La petite couche d'air qui reste souvent adhérente à la surface du verre dans le baromètre à mercure, et qu'on ne peut chasser sans difficulté, en est un exemple encore plus frappant. Les corps étrangers, qui agissent dans une solution comme contre la cristallisation, semblent produire leur effet par une action du même genre, car ils exercent sur les particules qui avoisinent une attraction qui, sans être assez forte pour produire une combinaison chimique, est cependant capable de les rendre adhérentes à leur surface. Il semble résulter de l'examen de plusieurs phénomènes de ce genre que cette espèce d'attraction tient tout à la fois de l'attraction moléculaire et de l'affinité chimique.

Les gaz et les vapeurs sont susceptibles d'éprouver de grands changemens dans les distances relatives de leurs particules, par l'action des agens extérieurs, et quand ils sont en contact immédiat avec le platine, leurs molécules peuvent s'approcher excessivement de celles du métal. Les corps hygrométriques nous en offrent un exemple, leur influence suffit pour amener à l'état liquide une vapeur qui ne pourrait se condenser par des procédés mécaniques qu'au moyen d'une compression capable de réduire son volume au dixième et même au vingtième de ce qu'il était primitivement.

Une autre considération importante, à laquelle on doit avoir égard, et qui n'a pas je crois été encore signalée, c'est la condition d'élasticité sous laquelle les gaz sont placés vis-à-vis d'une surface qui agit sur eux. Nous n'avons que des notions très-imparfaites sur la constitution intime, et en particulier sur l'état des particules des corps solides, liquides et gazeux; mais cependant nous considérons toujours l'état gazeux comme dû à la répulsion naturelle des particules ou de leurs atmosphères, chaque particule étant considérée comme un petit centre d'une atmosphère de calorique, d'électricité ou de quelque autre agent; nous ne sommes donc probablement pas dans l'erreur en considérant l'élasticité comme dépendant d'une action réciproque; mais cette action mutuelle manque complétement du côté où les particules gazeuses sont en contact avec le platine, et nous devons donc *à priori* nous attendre à une diminution dans cette portion du gaz de la moitié au moins de la force élastique. Or, comme Dalton l'a démontré, la force élastique des particules d'un gaz n'a aucune action sur celle des particules d'un autre gaz, les deux étant l'un à l'égard de l'autre comme un espace vide; il n'est pas non plus probable que les molécules de platine puissent exercer sur celle d'un fluide élastique une influence semblable à celle qui serait exercée, les unes sur les autres, par des particules gazeuses de même nature.

De là il me paraît résulter, ajouter M. Faraday, que les molécules de l'hydrogène ou de tout autre gaz ou vapeur, placées dans le voisinage du platine, sont dans leur contact avec le métal comme si elles étaient à l'état liquide, et par conséquent beaucoup plus rapprochées de lui qu'elles ne le sont les unes des autres, en supposant que le métal n'exerce aucune action sur elles.

Les principes que nous venons d'exposer suffisent pour expliquer l'action du platine dans la combinaison de l'oxigène et de l'hydrogène; l'influence des causes que nous avons indiquées, savoir, l'absence de force élastique, et l'attraction du métal pour les gaz, produit sur eux une telle condensation que leur affinité mutuelle peut s'exercer, même à la température ordinaire. L'absence de force élastique a le double avantage de leur permettre de mieux obéir à la force attractive du métal, et de le mettre dans un état plus favorable à leur combinaison mutuelle, en faisant disparaître une partie de la force répulsive qui s'y oppose constamment. Le résultat de leur combinaison est une production de vapeur d'eau et une élévation de température; mais l'attraction du platine pour l'eau n'est pas plus grande, ni même aussi grande que pour les gaz, il arrive que cette vapeur est promptement disséminée dans les gaz. Une partie nouvelle de ce gaz vient en contact avec le platine, se combine, et ainsi de suite. Cette série de combinaisons est encore facilitée par la chaleur qui est dégagée, et celle-ci à son tour peut devenir assez forte pour produire l'ignition.

Il est facile de comprendre, d'après ce qui précède, pourquoi il faut que le platine soit propre pour que la combinaison puisse avoir lieu, et pourquoi, par conséquent, il n'exerce pas cette action dans les circonstances ordinaires. C'est qu'il ne peut y avoir alors, entre le métal et le gaz, ce contact intime nécessaire pour que ces derniers éprouvent les effets qui peuvent seuls déterminer leur union chimique. Il est curieux d'oberver que ce même pouvoir du platine qui lui donne la propriété de déterminer les combinaisons, est la cause qui fait que, par la condensation des substances étrangères, sa surface est, dans les cas ordinaires, trop sale pour produire son effet sur l'oxigène et l'hydrogène.

La simple exposition à l'air suffit pour que la surface du platine se couvre de quelque impureté qui rende ce métal incapable de produire l'effet observé; c'est ce qui fait que l'éponge de platine perd souvent sa propriété lorsqu'on en a fait long-temps usage; une simple élévation de température est suffisante pour la lui rendre.

Il n'est pas de condition plus favorable pour la production de ces phénomènes, que celle dans laquelle se trouve le platine que l'on retire par la chaleur du précipité du muriate ammoniacal; sa surface est très-étendue, très-pure, et éminemment accessible aux gaz qui sont mis en contact avec elle; sa surface extérieure préserve l'intérieure de toute impureté, ainsi que l'ont observé Dulong et Thenard; enfin, sa structure spongieuse la rend si mauvais conducteur de la chaleur, que

la plus grande partie de celle qui est développée par la combinaison des premières particules des gaz, est retenue dans l'intérieur de la masse et facilite ainsi la combinaison du reste. A. B.

Nouveau procédé pour obtenir la cantharidine ; par M. Thierry, à la pharmacie centrale.

M. Robiquet est le premier qui ait isolé des cantharides le principe vésicant, ou du moins celui dans lequel paraît résider cette propriété de la manière la plus tranchée. Il lui a donné le nom de *cantharidine*, et en a décrit différens caractères qui se font aisément distinguer d'autres principes immédiats ; mais le procédé à l'aide duquel il a extrait cette substance est long, compliqué, et fournit peu de produits. Depuis longtemps je cherchais à retirer la cantharidine par un mode plus simple et plus expéditif, lorsque le hasard vint à mon aide.

J'avais (il y a dix ans environ) préparé du taffétas vésicant qui n'agissait pas aussi promptement que je le désirais ; pour le rendre plus actif, j'étendis sur sa surface une couche de teinture éthérée de cantharides anciennement préparée. Quelques heures après, en examinant ce taffetas, je fus tout surpris de trouver sa surface toute micacée.

Ayant eu occasion de préparer de la cantharidine par le procédé de M. Robiquet, et n'ayant pu en retirer que des traces, je réfléchissais aux moyens que je pourrais employer lorsque je me rappelai ce que je viens de dire ci-dessus, et je me décidai à le mettre à profit pour en obtenir.

Actuellement que je connais la manière d'obtenir la cantharidine, je m'étonne qu'il ne soit pas venu à l'idée des chimistes d'en préparer par un moyen aussi simple.

On peut se procurer la cantharidine par trois procédés qui ont beaucoup d'analogie entre eux, et ne diffèrent que par le prix des véhicules qu'on emploie. Ces véhicules sont l'éther, l'alcool éthéré à 40° (ou produit faible de la rectification de l'éther), et enfin de l'alcool à 34°.

Quel que soit le véhicule dont on se sert, le produit est toujours le même et en même quantité, du moins c'est jusqu'à ce moment ce que m'ont démontré les nombreuses expériences que j'ai faites sur cette matière.

Quand on traite les cantharides par l'éther, on n'obtient que peu d'huile verte, et il est facile de séparer la cantharidine de cette huile. Avec l'alcool éthéré, l'huile verte est plus abondante que par l'éther ; et enfin sur l'alcool sa proportion augmente encore. Le plus difficile dans ce procédé, est de débarrasser la cantharidine de l'huile verte qui l'enveloppe.

La teinture éthérée de cantharides est d'un jaune légèrement verdâtre, quoique l'huile verte soit très-soluble dans l'éther. La teinture par l'alcool éthéré est bien plus colorée que la précédente. Celle enfin préparée par l'alcool a une couleur presque noire.

Pour obtenir la cantharidine, il faut laisser en macération les cantharides avec l'un ou l'autre des menstrues précités pendant quelques jours, puis verser ce mélange dans l'appareil de déplacement. Lorsque le liquide est écoulé, on verse de nouveau dissolvant jusqu'à ce qu'il passe peu coloré. Alors, pour obtenir le liquide qui est encore retenu dans les cantharides, on verse de l'eau dans l'appareil ; cette dernière en chasse le véhicule employé. Les teintures obtenues sont mêlées et sont soumises à la distillation pour obtenir tout l'éther ou l'alcool dont on s'est servi.

L'opération terminée, on laisse refroidir ce qui reste dans l'alambic assez long-temps pour que la cantharidine puisse cristalliser (1). Et par le refroidissement elle cristallise quelquefois en paillettes lorsque la solution est concentrée, d'autres fois en belles aiguilles à quatre pans si la solution est étendue.

La cantharidine ainsi obtenue n'est pas encore blanche, on la soumet de nouveau à l'action de l'alcool bouillant, dans lequel on a mis du charbon animal ; alors on l'a parfaitement blanche.

Au lieu de soumettre à la presse le filtre qui contient la cantharidine, si l'on verse sur ce filtre de l'alcool froid, l'alcool dissout l'huile verte qui la colore ; on parvient ainsi à la dégager de cette manière. Mais quoique l'alcool froid ait peu d'action sur le principe vésicant, pourtant il en dissout une petite quantité qu'on peut également retrouver en évaporant le menstrue qui l'a dissout. Je préfère le premier moyen en ce qu'il nécessite l'emploi d'une moins grande quantité d'alcool.

Le liquide qu'on a séparé de l'huile verte ne contient pas de cantharidine, on peut s'en assurer facilement en l'évaporant à siccité et traitant par l'éther qui dissout la cantharidine. S'il s'en trouvait, ce serait parce que ce liquide tiendrait encore de l'huile verte en suspension. L'éther agirait alors sur les deux matières et on pourrait la recueillir de nouveau. Cette circonstance ne peut se rencontrer qu'autant que la distillation n'a pas été poussée assez loin.

La cantharidine pure n'a pas d'odeur. Chauffée à feu nu dans un tube de verre, ou dans un bain d'huile, elle se fond à 210° puis ne tarde pas à se dissiper en vapeurs blanches qui viennent se déposer sur les parois du verre, en petites aiguilles brillantes qui sont de la

---

(1) MM. Plisson et Henry, dans un travail sur l'analyse élémentaire organique (*Journal de Pharmacie*, tom. 17, pag. 449) ont présenté un mode d'extraction de la cantharide, qui consiste à traiter la poudre récente par de l'alcool à 34° froid ; à exprimer pour enlever tout l'alcool chargé d'huile verte, puis à mettre le marc avec de l'alcool à 39 ou 40° bouillant ; après distillation, on lave à froid le produit par de l'alcool à 32, et l'on fait dissoudre dans l'éther sulfurique la cantharidine qui n'a pas été enlevée par le premier menstrue. Mais ce procédé, que j'ai répété, ne donne presque pas de produit.

cantharidine sublimée. Il reste dans le fond du vase une matière noire qui est insoluble dans l'eau, dans l'alcool et dans l'éther.

L'acide sulfurique concentré ne la dissout pas à froid; mais si on chauffe, la dissolution a lieu et le liquide prend une couleur semblable à de l'eau-de-vie un peu foncée. Si à cette dissolution on ajoute de l'eau, la cantharidine se précipite sous forme de petites aiguilles.

L'acide nitrique à froid n'attaque pas la cantharidine; à chaud elle la dissout sans altérer sa couleur. La dissolution en se refroidissant dépose des cristaux en aiguilles plus prononcés que ceux obtenus dans l'acide sulfurique.

L'acide hydrochlorique se comporte avec la cantharidine comme l'acide nitrique.

La potasse caustique liquide peu concentrée dissout la cantharidine. Si à cette solution on ajoute de l'acide acétique de Mollerat, aussitôt la cantharidine se précipite sous forme de petites aiguilles.

La soude caustique liquide présente avec la cantharidine les mêmes effets que la potasse caustique.

L'ammoniaque liquide à froid n'a pas d'action sur la cantharidine.

L'huile volatile de térébenthine bouillante dissout la cantharidine. Par le refroidissement cette dernière s'en sépare sous forme cristalline.

L'huile d'amandes douces et l'huile d'olives la dissolvent à chaud; mais elle se sépare de ces deux huiles par le refroidissement.

L'axonge agit sur la cantharidine de la même manière que les huiles ci-dessus.

D'après l'analyse de MM. Plisson et Henry, la cantharidine contient sur 100 parties :

Carbone.	68,56
Hydrogène.	8,43
Azote.	9,89
Oxigène.	13,15
	100,00

On m'objectera peut-être que lorsqu'on fait infuser des cantharides, soit dans l'huile d'olives, soit dans l'axonge, ces dernières se chargent du principe vésicant et forment des pommades très-actives! Cela est vrai. L'alcool froid ne dissout qu'une très-petite quantité de cantharidine pure; c'est pourtant le menstrue dont je me sers pour l'extraire; mais lorsqu'on traite les cantharides par l'alcool, celui-ci agit en même temps et sur la cantharide et sur l'huile verte avec laquelle elle est combinée dans l'animal.

Pour préparer une pommade avec la cantharidine, il faudra diviser cette substance avec une petite quantité d'alcool rectifié, y ajouter un peu d'axonge, triturer ce mélange le plus possible et mettre le restant de la graisse. Un grain de cantharidine sur une once d'axonge donne une pommade très-active qu'on peut aromatiser avec une huile essentielle.

Deux kilog. de poudre de cantharides, traités par le procédé ci-dessus, donnent 8 gram. (2 gros) de cantharidine pure.

J'ai traité des cantharides qui ne contenaient pas de cantharidine. Des cantharides que j'avais laissées à l'étuve pendant six semaines, traitées par l'éther ne m'ont donné aucune trace de ce principe vésicant.

Les moyens qu'on emploie quelquefois pour faire mourir ces coléoptères peuvent faire varier la quantité de cantharidine qu'on obtient.

On a dit que l'huile verte n'avait plus de propriété vésicante, et cela est vrai; mais c'est lorsqu'elle est vieille et qu'elle a déposé toute la cantharidine qu'elle contenait, ce qui n'a lieu qu'à la longue. Pour m'assurer de ce que j'avance, j'ai fait une friction sur mon bras avec de l'huile verte récente; douze heures après la peau était rubéfiée, et cette rougeur dura plusieurs jours. Avec de l'huile verte préparée, il y a un an j'ai fait les mêmes essais; cette dernière n'a produit aucune rubéfaction. Aussi trouve-t-on dans l'huile verte ancienne des cristaux de cantharidine.

NOTE

Sur la teinture d'opium, par M. D.-G. Salles, *pharmacien.*

Dans le numéro de décembre 1834 du Journal de pharmacie, M. Hottot a publié sur la teinture d'opium quelques observations qui tendraient à faire adopter plus tard, dans un nouveau Codex pour la préparation de cette teinture, les proportions d'une partie d'opium brut pour seize parties d'alcool à 22°.

J'ai dessein, dans cette note, de montrer que M. Hottot a été induit en erreur, soit par des traductions inexactes ou trop littérales, soit pour n'avoir pas tenu compte de la différence qui existe entre nos poids et ceux des différentes Pharmacopées qu'il a citées à l'appui de son opinion; enfin, de faire voir que les proportions plus généralement adoptées dans toute l'Europe, et même aux États-Unis, sont celles d'une partie d'opium (rarement purifié, le plus souvent brut) pour douze parties d'alcool faible, en poids.

Les Pharmacopées d'Édimbourg, de Vienne, d'Amsterdam, le Formulaire italien de Brugnatelli, prescrivent une once d'opium pour une livre d'alcool faible. Or, à Édimbourg, à Vienne, à Amsterdam, à Rome, ainsi que dans toute l'Allemagne et l'Angleterre on n'emploie en médecine que la livre de douze onces. La valeur de cette livre peut varier et varie en effet dans ces différentes contrées; mais l'once en fait toujours la douzième partie, et le rapport entre l'opium et l'alcool ne varie point.

Le Formulaire des États-Unis prescrit, d'après M. Hottot, une once d'opium purifié pour une livre d'alcool; mais c'est la livre médicinale anglaise qui est en usage

dans ce pays, et la proportion est encore d'une partie d'opium (purifié) pour douze parties d'alcool.

La Pharmacopée de Londres prescrit deux onces et demie d'opium brut pour deux pintes d'alcool faible; mais les deux pintes anglaises contiennent (à peu de chose près (1)) trente onces d'alcool faible; or, deux et demi sont à trente comme un est à douze; donc la teinture d'opium de Londres est au fond la même que celles qui précèdent, quant aux proportions.

La Pharmacopée de Dublin prescrit dix gros d'opium purifié pour une pinte d'alcool faible; mais comme c'est encore la pinte anglaise, cette formule représente exactement la demi-dose de la formule de Londres (qui contient vingt gros pour deux pintes), et l'opium est encore à l'alcool comme un est à douze; seulement c'est de l'opium purifié par l'alcool.

Le Codex de Paris prescrit une partie d'extrait aqueux d'opium pour douze parties d'alcool à 22°; il ne s'est donc pas écarté des proportions assignées par les autres pharmacopées.

Relativement à la teinture thébaïque de Lisbonne, c'est une préparation qui se rapproche plus, par la faible proportion d'opium, des élixirs parégoriques anglais, que de la teinture d'opium proprement dite.

En résumé, à Paris, à Londres, à Dublin, à Édimbourg et Amsterdam, à Vienne, à Rome, à Philadelphie, la teinture d'opium est faite avec une partie d'opium pour douze parties d'alcool en poids; seulement, à Dublin et à Philadelphie, on emploie (et je devrais peut-être plutôt dire *on prescrit*, ce qui n'est pas toujours la même chose), l'opium purifié par l'alcool.

Il résulte de ce qui précède, que la teinture faite avec une partie d'opium brut pour douze parties d'alcool faible (en poids) est la plus généralement employée, et que, si l'on juge convenable de remplacer, dans la teinture thébaïque du Codex, l'extrait d'opium par de l'opium brut (et en cela je suis fort de l'avis de M. Hottot), il sera rationnel de conserver les mêmes proportions entre la substance active et l'excipient.

Je ne crois pas qu'il soit hors de propos, avant de terminer cette note, de rappeler à ceux de nos jeunes confrères qui n'auraient pas l'occasion d'exécuter souvent des ordonnances anglaises, que c'est cette teinture d'opium, faite dans les proportions que j'ai indiquées, qui est demandée par les Anglais sous les noms divers de *teinture d'opium*, *teinture thébaïque*, *teinture d'opium sédative* et de *laudanum liquide*. Les médecins anglais ont toujours soin de spécifier, lorsqu'ils veulent qu'on leur délivre le laudanum de Sydenham (Sydenham's liquid laudanum), quoiqu'ils le prescrivent beaucoup plus souvent sous le nom de *vin d'opium* (wine of opium); et encore, dans ce cas, ce n'est pas le vin d'opium du Codex qu'ils demandent, mais le vin d'opium de Londres, qui diffère du nôtre, 1°, en ce qu'il ne contient point de safran; 2° en ce que l'opium brut y est remplacé par la moitié de son poids d'extrait d'opium; du reste la formule est la même.

(1) Les deux pintes contiennent un peu moins de trente onces d'alcool faible; mais comme l'once anglaise, d'usage en médecine, est un peu plus faible que la nôtre, la différence est peu sensible; en admettant même qu'elles ne continssent que vingt-huit onces, de même valeur que l'once médicinale anglaise, l'opium serait à l'alcool comme 1 est à 11 et 1/5 au lieu de 12, ce qui ne peut constituer une différence importante.

NOUVELLES DES SCIENCES.

Aréométrie.

Pour prendre le poids spécifiique d'un liquide, par le procédé ordinaire, on commence par faire très-exactement la tare d'un flacon; on le remplit successivement d'eau distillée et du liquide dont on veut connaître le poids spécifique; on pèse l'un et l'autre, et le rapport de ces poids donne le nombre cherché. Ainsi la détermination du poids spécifique d'un liquide exige trois pesées. Si l'on suppose que l'on ait un *flacon à densité*, taré d'avance, et dont la capacité soit bien déterminée (flacons que l'on trouve chez quelques fabricans d'instrumens de physique), il faut toujours au moins une pesée qui doit être faite avec beaucoup de précision; cette pesée exige une balance très-exacte et demande un temps assez considérable. Il y a aussi quelques difficultés d'exécution qui dépendent de la méthode elle-même; ainsi la nécessité de ne point dilater le flacon par une trop forte pression, oblige à employer un bouchon percé d'un trou, qui donne issue à l'excès du liquide. Les plus légères variations de température peuvent alors rejeter une portion de celui-ci lorsqu'il se dilate, ou introduire de l'air lorsqu'il se condense; de plus, il se produit à l'orifice du bouchon une évaporation; cette évaporation se renouvelle par l'effet de la capillarité du tube, qui amène continuellement une nouvelle quantité de liquide à la surface supérieure. Tous ces inconvéniens disparaissent en faisant usage d'un appareil qui a été indiqué par M. Babinet dans une des séances de la société philomatique. Cet appareil, dont la description se trouve dans un très-ancien ouvrage de physique, consiste en deux tubes recourbés, comme l'indique la *figure* 6. Ces deux tubes peuvent, pour la commodité de l'observation, être fixés l'un et l'autre sur une règle divisée. Pour s'en servir, on les réunit à l'aide d'un bon bouchon ou d'un tube de caoutchouc, puis on verse dans l'un de l'eau distillée, et dans l'autre le liquide que l'on veut essayer. La quantité du liquide est arbitraire; lorsque les densités sont très-rapprochées, on allonge les colonnes, afin de rendre les différences plus sensibles. La seule précaution qu'il faille prendre est de verser les liquides, non pas tout à la fois, mais alternativement, dans un tube et dans l'autre, afin d'éviter qu'ils ne se mélangent. Lorsque l'équilibre est bien établi, on mesure la longueur des colonnes de A en B et de *a* en *b*. Il est évident

que la longueur de ces colonnes est en raison inverse de la densité de liquides; soit donc x la densité cherchée, D celle de l'eau à la température à laquelle on opère en AB la colonne d'eau, *ab* celle du liquide qui lui fait équilibre, on aura.

$$ab : AB :: D' : X = \frac{AB + D}{ab}.$$

Il existe encore plusieurs autres dispositions fondées sur le même principe, mais elles offrent moins d'avantages que celle-là.

On doit à M. Gillet, ancien élève en pharmacie au Val-de-Grâce, l'instrument figuré sous le n° 5. Cet instrument, qui fut présenté à la société de pharmacie, et que j'ai fait exécuter pour le Cabinet de l'École (1), se compose d'une bouteille en caoutchouc assez résistante qui communique avec deux tubes verticaux fixés sur une planche graduée. Pour s'en servir, on plonge l'extrémité des tubes, l'une dans l'eau distillée, l'autre dans le liquide dont on veut connaître la densité, on presse la bouteille de caoutchouc avec la main, on fait sortir une portion de l'air qu'elle renferme, et en l'abandonnant à elle-même elle reprend sa forme première, d'où résulte un vide partiel dans l'instrument, ce vide force les deux liquides à s'élever dans les tubes lorsque l'équilibre est établi, on mesure la hauteur des liquides, et l'on en déduit la pesanteur spécifique comme dans le cas précédent. Ce dernier instrument présente un assez grand inconvénient résultant de l'action capillaire qui élève les deux liquides au-dessus de leur niveau réel, d'une quantité différente pour chaque liquide. Tandis que dans la figure l'effet de la capillarité étant le même en A et en B, en *a* et en *b*, quel que soit le liquide, le résultat devient tout-à-fait indépendant de l'influence capillaire. A B.

(1) Cet instrument est lui-même une modification d'un instrument plus ancien dans lequel la boule de caoutchouc est remplacée par une petite pompe d'aspiration qui remplit le même objet.

PROGRAMME

de deux sujets de prix, proposés par la Société de Pharmacie de Paris.

Parmi les substances appartenant au règne organique, l'amidon est sans contredit une de celles qui ont provoqué le plus grand nombre de recherches.

Ce corps, si abondamment répandu dans la nature, forme comme on le sait, le principe alimentaire d'un grand nombre de végétaux.

Il donne aussi par diverses modifications des produits qui, chaque jour promettent de prendre une plus grande importance, et dont l'un des plus remarquables est le sucre, qu'il peut fournir par divers procédés; ce sucre a été depuis plusieurs années l'objet de nombreux travaux et de fort belles applications; mais les causes de sa formation sont encore jusqu'ici obscures, et il reste beaucoup à faire pour les éclaircir.

C'est pour arriver à ce but que la Société de Pharmacie présente aujourd'hui aux chimistes les questions qui vont être développées plus loin.

Il serait trop long et hors de propos de donner dans ce programme un aperçu des travaux chimiques ou microscopiques entrepris pour démontrer la structure de l'amidon ou pour faire connaître sa nature et les diverses modifications qu'il éprouve en passant à l'état apparent de gomme et de matière sucrée.

Nous renverrons à l'excellent rapport présenté à l'Académie des sciences par M. Chevreul, sur l'ensemble des recherches, relatives à la fécule amylacée (Voyez *Journal de Pharmacie*, 1835) (1).

Lorsque Kirckhoff eut découvert la propriété si remarquable de la saccharification de l'amidon par l'intervention de l'acide sulfurique et de l'eau, il étendit ses recherches à d'autres corps, et il reconnut au gluten une action semblable; mais ce fut presque inutilement que l'on chercha à donner des explications sur cette conversion saccharine.

Les expériences de Kirckhoff sur la réaction du gluten et de l'amidon semblaient faire présumer que dans la germination des céréales le sucre se forme aux dépens de ce corps; cependant cette supposition était insuffisante pour expliquer ce qui se passe lorsque, pour la conversion de la fécule en alcool, on y fait naître la fermentation en ajoutant de l'orge germée. Ces considérations portèrent M. Dubrunfaut à examiner avec soin cette question, et dans un mémoire remarquable, couronné par la Société centrale d'agriculture en 1823, il arriva à cette conclusion : que l'orge germée agit sur l'amidon en vertu d'une propriété particulière que ne possèdent pas, ou que possèdent à un bien moindre degré, les autres graines des céréales.

Il rechercha à quel principe on pouvait rapporter cette propriété; il l'attribua d'abord à l'hordéine, ensuite à une matière, qu'il appela *gluten soluble*, et fut ainsi le premier qui reconnut que dans l'orge germée la propriété de déterminer la fermentation est due à une substance soluble dans l'eau. Toutefois l'explication des fonctions de cet orge sur l'amidon laissait encore beaucoup à désirer.

Dans ces derniers temps les travaux de MM. Payen et Persoz ont jeté un nouveau jour sur cette question; ces chimistes ont extrait de l'orge maltée une substance à laquelle ils ont reconnu la propriété de convertir en sucre la fécule amylacée et ils lui ont donné le nom de *diastase;* ils annoncent que cette substance (*diastase*) existe dans les semences d'orge, d'avoine, de

(1) Ce rapport sera publié dans l'un des plus prochains numéros de ce journal.

blé germé, près des germes et non dans les radicules, et qu'on la trouve aussi dans les pommes-de-terre après leur germination et près de leurs points d'insertion (1).

Elle est généralement accompagnée dans ces corps d'une matière azotée, comme elle soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, mais coagulable par une température de 65 à 75 degrés. La matière à laquelle ils ont donné le nom de *diastase* est blanche, solide, amorphe, insoluble dans l'alcool concentré, soluble dans l'eau et l'alcool faible; elle n'a aucune saveur marquée, présente la neutralité, mais à l'état humide devient promptement acide au contact de l'eau; elle précipite un blanc par le sous-acétate de plomb; et mise en présence de la fécule à la température de 65 à 76 degrés, elle en détache promptement ce qu'on a appelé tégumens, puis offre bientôt une substance qui, rapprochée, a l'apparence d'une gomme, en constituant la *dextrine*.

Si l'action de la chaleur est long-temps prolongée, mais toujours entre les mêmes limites, on obtient une matière sucrée, fermentescible, analogue à celle produite par l'acide sulfurique dans le procédé de Kirckhoff; seulement la saccharification ne paraît que partielle et ne s'élève qu'à peine au quart ou au tiers du poids de l'amidon; ajoutons aussi que la température influe beaucoup sur cette propriété de la *diastase;* car cette dernière, chauffée à l'ébullition, ne possède plus la faculté d'agir sur la fécule.

L'action de la *diastase* est certainement des plus remarquables, puisque la moindre quantité suffit pour agir d'une manière prompte sur la fécule amylacée; 1/2000e par exemple, ajouté dans une solution épaisse d'amidon, chauffée de 65 à 70 degrés, rend celle-ci fluide, et en opère successivement la transformation en sorte de gomme et en sucre.

A quoi faut-il néanmoins attribuer cette action si énergique? « MM. Payen et Persoz n'assignent à la di-» astase qu'une sorte d'action mécanique, en disant » que sous l'influence de l'eau elle trouble l'ordre des » élémens de la partie intérieure, dans la fécule, pro-» duit deux substances solubles, et favorise ainsi leur » sortie du tégument (2). »

On voit donc que si l'on connaît aujourd'hui la matière qui agit sur la fécule amylacée dans l'orge germée, il n'y a cependant rien de positif dans l'explication des faits, car on ignore encore la véritable nature de la *diastase*, et sur quels principes de l'amidon elle porte son action? On ignore également si la diastase est un principe immédiat pur, ou s'il ne résulte pas de la réunion de corps complexes? Ce sont autant de questions, que dans l'état actuel de nos connaissances on est en droit de faire; aussi, vu l'importance du sujet, tant sous le point de vue scientifique que sous celui de ses utiles applications, la Société propose les questions suivantes :

1° Quelle est la nature chimique de la *diastase*?

2° Comment agit-elle sur l'amidon dans les modifications qu'elle lui fait subir?

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 1,500 fr.

(1) Ann. de Chim. et de Phys., tom. LIII, pag. 76.

(2) Ann. de Chim. et de Phys., tom. LIII, pag. 89.

DEUXIÈME SUJET DE PRIX.

L'analyse d'une substance organique ne doit plus se borner aujourd'hui à l'isolement de quelques sels insignifians et de matières gommeuses, extractives ou résineuses, souvent très-complexes; il faut, quand la substance le permet, s'appliquer à rechercher les principes cristallisables, ou du moins purs, qui représentent les propriétés les plus tranchées du végétal qui les a fournis. La thérapeutique a fait déjà de trop heureuses applications de quelques unes de ces substances pour qu'on ne s'efforce pas de rechercher encore dans les végétaux, reconnus actifs, les causes de leur action sur l'économie animale. Il est aussi quelques principes qui ne semblent point y préexister, et qui ne sont que le résultat de la réaction des agens employés à leur extraction; c'est dans l'état actuel de la chimie organique un point sur lequel le chimiste doit s'arrêter, afin d'expliquer les causes de la formation de ces nouveaux produits.

Au nombre des substances végétales dont l'action n'est nullement douteuse, on peut citer *la digitale pourprée* (*digitalis purpurea*). Tous les travaux entrepris sur cette plante par Dulong d'Astafort, Haase, Planizza, Leroyer, de Genève, Panquy, et récemment encore par Welding (1), laissent beaucoup d'obscurité sur la véritable nature du principe auquel il faut attribuer les propriétés de la digitale. Afin d'arriver à connaître définitivement s'il existe un semblable principe, la Société propose un prix de 500 fr. au mémoire qui résoudra la question suivante :

« Existe-t-il dans la digitale pourprée un ou plusieurs » principes immédiats purs auxquels on puisse attribuer » les propriétés médicales de cette plante? »

Les mémoires seront écrits en français ou en latin, et ils devront être adressés à M. Robiquet, secrétaire général de la Société, à l'École de pharmacie, rue de l'Arbalète, à Paris, avant le terme de rigueur, 1er janvier 1836.

Les auteurs ajouteront à leurs mémoires une devise qui sera répétée sur un billet cacheté contenant leurs noms et leurs adresses. Les billets dont les auteurs auront remporté le prix seront décachetés en séance générale, par M. le président, immédiatement après la lecture du rapport de la commission des prix.

Messieurs les étrangers sont également appelés à concourir.

(1) Journal de Pharmacie, année 1834. p. 224 et 341.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 4 février 1835.

PRÉSIDENCE DE M. REYMOND.

Correspondance. — M. Saladin, ancien pharmacien d'Orléans, se présente comme candidat au titre de membre correspondant, et adresse à la Société la liste de ses travaux pour appuyer sa demande. MM. Boudet fils et Henry sont nommés commissaires.

M. Dausse, pharmacien à Paris, demande la faculté de présenter à la Société un appareil qu'il a imaginé pour la préparation des extraits.

M. Girardin, correspondant, adresse trois brochures dont il est l'auteur : 1° Rapport sur un café avarié par l'eau de mer, et sur une poudre destinée à remplacer le café ; 2° observation sur le poirier saugier et sur ses produits ; 3° discours prononcé à l'ouverture du cours d'application fait à l'école de chimie de Rouen. M. Cap est chargé de faire un rapport sur ces trois brochures.

La Société reçoit en outre le bulletin du conseil de salubrité du département de Seine-et-Oise. M. Chevallier, rapporteur.

Le bulletin de la société industrielle de Mulhouse. M. Bussy, rapporteur.

Le *Journal de Pharmacie et des Sciences accessoires*, n° de janvier 1835.

Un rapport présenté à la société d'agriculture et des arts du département de Seine-et-Oise, sur une machine à battre les grains, par MM. Chambellan et Frémy.

Travaux. — MM. Boudet fils et Dubail lisent un rapport sur un mémoire de MM. Poggiale et Brauts, ayant pour objet la digitaline, l'hyoscyamine et l'action de l'acide sulfurique sur quelques composés inorganiques. Les rapporteurs, dans leurs conclusions, demandent que la Société donne son approbation à ce mémoire et qu'il soit imprimé dans le *Journal de Pharmacie.*

A l'occasion de ce rapport, M. Pelletier remarque qu'il a observé et confirmé les faits les plus saillans du mémoire de MM. Poggiale et Brautz, en ce qui regarde la digitaline et l'hyoscyamine.

MM. Blondeau et Bagot font un rapport sur les observations présentées par M. Vandamme d'Hazebruck, au sujet du laudanum et de la pulpe de casse, sans donner leur approbation à ce qu'offrent de nouveau la formule et le procédé de M. Vandamme ; les rapporteurs présentent ce pharmacien comme un confrère zélé et laborieux, et proposent de le placer au nombre des candidats au titre de correspondant. M. Chevallier, rapporteur.

M. Chéreau fait un rapport sur les articles les plus importans de la *Gazette éclectique de Véronne*, entre autres sur une note ayant pour objet la créosote par M. Delbue.

M. Bussy fait un rapport verbal sur le mémoire de M. Roubaudi, relatif à l'analyse de l'atmosphère maritime. M. Roubaudi a constaté que l'air qui domine la mer et ses côtes ne contient des hydrochlorates que lorsque les vents agitent la surface des flots et qu'ils enlèvent avec eux des particules d'eau salée. Dans le même mémoire, M. Roubaudi, à l'occasion du phénomène de la coloration du nitrate d'argent exposé aux rayons solaires et à l'air libre, a observé que cette coloration était le résultat de l'action des corps organiques contenus dans l'air ou dans la vapeur d'eau sur ce nitrate.

A ce sujet, M. Pelouze annonce que M. Malagutti vient de découvrir que lorsqu'on expose le nitrate d'argent à l'air libre, il se produit de l'acide formique, de l'ulmine, et qu'il y a précipitation d'argent métallique.

MM. Lodibert et Chéreau font un rapport au sujet des manuscrits de feu Fabulet, offerts par la veuve de ce pharmacien à la Société. Ces manuscrits se composent, 1° des cours que Fabulet a professés à différentes époques dans les hôpitaux militaires de Metz et de Strasbourg ; 2° d'un ouvrage assez important ayant pour titre : *Institutions de pharmacie chimique.* Malheureusement ce dernier ouvrage est incomplet, mais les quinze cahiers dont il se compose sont très-instructifs. Les rapporteurs proposent, et la Société arrête que madame veuve Fabulet sera remerciée de cette intéressante communication.

M. Dausse lit un mémoire contenant la description de son appareil à préparer les extraits, et dont un modèle fonctionnant est mis sous les yeux de la Société. MM. Bernard Derosne et Henry sont nommés rapporteurs.

M. Hottot lit une note à l'occasion des observations de M. Salles, sur la teinture d'opium. Tout en convenant de leur justesse, sous le rapport des évaluations pondériques, M. Hottot persiste à penser que dans un nouveau Codex on devrait substituer, à l'extrait d'opium, l'opium brut ou seulement purifié, comme cela a lieu dans la plupart des pharmacopées étrangères. Il ajoute qu'il serait important d'adopter chez toutes les nations un système de pondération uniforme pour l'usage médical, comme on l'a fait pour le langage chimique.

M. Pelletier remarque à cette occasion que si l'on employait l'opium brut, il faudrait en indiquer l'espèce, et que le type de l'opium du commerce devrait être celui de Smyrne. P. A. C.

JOURNAL

DE CHIMIE MEDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

FÉVRIER 1835.

MÉMOIRE

Sur les combinaisons de l'iode avec le palladium et l'iridium ; par M. Lassaigne.

Dans un premier travail sur les composés que le platine forme avec l'iode, nous avons reconnu que ce métal pouvait s'unir en autant de proportions avec ce corps qu'avec le chlore et l'oxigène, et qu'il en résultait des combinaisons correspondantes au deux *chlorures* et aux deux oxides admis par les différens chimistes. Les recherches que nous avons faites sur l'étude des propriétés, et la composition de ces iodures nous ont engagé à poursuivre ce travail, et à l'étendre sur les métaux particuliers qui accompagnent ordinairement le platine dans ses minerais.

Ces métaux, en raison de leur rareté et de la difficulté de les obtenir purs et en quantité suffisante, se prêtaient moins que tout autre corps à ces sortes de recherches ; cependant nous en avons extrait nous-même une petite quantité de la mine de platine de Sibérie qui nous avait été donnée par M. le baron de Mayendorff : quant au palladium sur lequel nous avons opéré, nous avons joint à la portion que nous avons extraite de ce minerai un échantillon du même métal qui nous a été remis par M Barruel aîné, chef des travaux chimiques de la faculté de médecine de Paris.

Le travail qui fait l'objet de ce mémoire ne porte que sur les combinaisons du palladium et de l'iridium avec l'iode, n'ayant encore pu obtenir des combinaisons de l'osmium avec ce corps simple.

L'affinité du palladium pour l'iode est réellement plus grande que celle du platine pour le même corps ; car, aussitôt que la surface polie du palladium est mise en contact avec la vapeur de l'iode, à la température ordinaire, ou avec une solution alcoolique de ce corps simple, elle brunit, et il se forme une tache brunâtre d'iodure qui disparaît, soit par l'action de l'ammoniaque qui la dissout, soit par l'application du calorique qui en opère la décomposition. Cet effet direct de l'iode, qui ne se remarque point avec le platine placé dans les mêmes circonstances, permet, comme l'a fait observer le savant et vénérable feu Lebaillif, de distinguer immédiatement le palladium du platine, sans opérer la dissolution d'une partie de ces métaux, et sans endommager même les objets qui ont servi à les confectionner.

On peut démontrer cette action de l'iode sur le palladium, en plaçant sous une petite cloche une capsule avec de l'iode et suspendant, à une petite distance de celle-ci, une lame de palladium ; cette dernière s'irise bientôt par la formation de l'iodure à sa surface.

Cette combinaison peut se produire directement en chauffant ensemble ces deux corps divisés, à une douce chaleur, dans un tube bouché, ou dans une petite cornue de verre ; mais il est difficile, par ce moyen, comme nous l'avons observé pour le platine, d'obtenir une combinaison saturée ou exempte de métal non combiné.

En chauffant sous l'eau le palladium réduit en limaille fine et mêlé à l'iode, il n'y a point d'union entre ces corps ; l'iode se volatilise, entraîné par la vapeur d'eau, et le palladium reste avec tous ses caractères physiques.

On ne peut également produire cette combinaison, comme l'a fait M. Pelletier pour la préparation du proto-iodure d'or, en traitant le palladium à chaud par un mélange d'acide hydriodique et d'acide nitrique ; l'iode se volatilise entièrement, et le palladium reste intact au fond du vase où l'on fait l'expérience, si surtout on n'a point employé un excès d'acide nitrique.

Le moyen le plus sûr d'obtenir l'iodure de palladium, est de faire réagir la solution d'iodure de potassium sur les sels de palladium et sur le chlorure de ce métal : dès que ces deux composés sont mis en présence, la double décomposition s'opère, et il se forme aussitôt un précipité noir floconneux d'iodure de palladium correspondant au degré d'oxidation du métal ou à son état de *chloruration*.

L'iodure préparé par l'un de ces procédés, recueilli sur un filtre et lavé à l'eau bouillante, se présente sous la forme d'une masse noire gélatineuse, qui se dessèche peu à peu à l'air en se raccornissant comme de l'alumine en gélée. Abandonné ainsi à l'air à la température ordinaire jusqu'à ce qu'il paraisse bien sec, il s'offre en petits morceaux dont la cassure est lisse et comme résineuse, et qui se réduisent facilement en poudre par la pression entre les doigts. Cet iodure est alors à l'état d'hydrate qui se décompose facilement,

si, après l'avoir pulvérisé, on l'expose dans le vide sec pendant vingt quatre heures.

Cet hydrate renferme 5,05 d'eau pour cent, comme nous l'avons reconnu par la moyenne de deux expériences que nous avons faites ; proportions qui correspondent à peu de chose près à un atome d'eau contre un atome d'iodure de palladium.

Composition d'après l'expérience :

Iodure sec.	94,95
Eau.	5,05
	100,00

Composition théorique :

Iodure sec.	95,25	ou	1 atome.
Eau	4,75	ou	1 atome.
	10,000		

Comme l'iodure de palladium contient deux atomes d'iode contre un de palladium, la formule représentant la composition de cet hydrate est (Pd. I^2. + H.)

Propriétés de l'iodure du palladium.

1° Cet iodure anhydre, est toujours sous la forme d'une poudre noire, inodore, insipide ; il est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther à toute température.

2° Chauffé dans un bain d'acide sulfurique concentré il ne se décompose pas même à la température d'ébullition de ce liquide ; ce n'est qu'à quelques degrés au-dessous du point d'ébullition du mercure qu'il abandonne une certaine quantité d'iode, et que sa décomposition commence à avoir lieu.

Deux analyses de cet iodure faites avec soin ont donné les résultats suivans :

1re *Expérience.*

Iode.	69,95
Palladium	30,05
	100,00

2e *Expérience.*

Iode.	70,60
Palladium.	29,40
	100,00

Les nombres trouvés dans ces deux analyses se rapprochant, à quelques milliémes près, de ceux que l'on obtient en calculant le poids de deux atomes d'iode contre un atome de palladium, sa formule est donc (Pd + I^2.) et sa composition théorique :

Iode.	70,36
Palladium.	29,64
	100,00

Action de l'acide hydriodique sur l'iodure de paladium.

L'acide hydriodique dissous dans l'eau et en solution faible, versé sur une portion d'iodure de palladium, n'en opère point la dissolution même au bout de vingt-quatre heures de contact et en présence de l'air atmosphérique, ce qui établit une différence entre cet iodure et le bi-iodure de platine, qui forme une combinaison soluble avec cet hydracide.

Action de l'iodure de potassium.

L'iodure de palladium récemment précipité mis dans une solution d'iodure potassium, se dissout pour la plus grande partie en produisant une liqueur rouge de vin moins foncée que celle qu'on obtient avec le bi-iodure de platine. Cette solution, qui est un véritable iodure double, n'éprouve point d'altération à l'air, ni de la part de la chaleur ; évaporée à l'air libre, elle fournit des cristaux cubiques, gris noirâtre, déliquescens qui sont un iodure double de palladium et de potassium, et qui doivent, bien que nous n'en ayons pas fait l'analyse, offrir la même composition que l'iodure double de platine et de potassium.

Action de l'ammoniaque pure.

L'iodure de palladium hydraté délayé dans l'ammoniaque, se dissout bientôt et fournit un liquide parfaitement incolore qui abandonne à l'air des cristaux orangés qui nous ont paru être un iodure ammoniacal de palladium ; les acides en saturant l'excès d'ammoniaque, laissent déposer aussi une poudre jaune orangée qui présente les mêmes propriétés.

Action de la solution de protoxide de potassium.

La solution de potasse caustique mise en ébullition sur une partie de cet iodure, le décompose pour la plus grande partie et en sépare du protoxide de palladium en poudre noire.

Les diverses expériences que nous avons entreprises pour obtenir un iodure correspondant au bichlorure de palladium ont été jusqu'ici infructueuses.

Bi-iodure d'iridium.

Ce bi-iodure d'iridium a été préparé, en mêlant à une solution de bi-chlorure de ce métal une solution d'iodure de potassium, ajoutant un excès d'acide hydrochlorique et faisant bouillir la liqueur, il se dépose une matière noire pulvérulente qui est ce bi-iodure.

Ce bi-iodure est insoluble dans l'eau, les acides ; il se décompose à peu près à la même température que le bi-iodure de platine, en laissant de l'iridium métallique. Son analyse nous a démontré qu'il était formé de quatre atomes d'iode contre un atome d'irridium.

NOTE

Sur l'existence de l'amidon dans de l'orge germée, ayant plus de 3,000 ans d'existence, lue à l'Académie royale des Sciences, le 21 juillet 1834, par M. Julia-Fontenelle.

Dans une des précédentes séances de l'Académie, notre honorable ami, M. Lassaigne, a présenté une note sur un blé trouvé lors de la démolition d'une maison près du quai de la Grève, dans une fosse fermée; ces grains, dit-il, ont une couleur noire tellement prononcée, qu'on croirait qu'*ils ont été charbonnés*. L'examen chimique lui ayant fait connaître qu'ils ne contenaient ni *amidon* ni *gluten*, mais beaucoup d'acide ulmique, il attribue cette altération à ce que ces grains ont été conservés à l'abri de la lumière et de l'air sous l'influence de l'humidité. L'aspect de ces grains nous porte à croire qu'ils ont été charbonnés de la même manière que le sont dans l'intérieur de la terre la *houille*, la *tourbe* et le *jayet*. Telle est aussi l'opinion de M. Raspail, à qui nous les avons montrés. Nous sommes d'autant plus portés à adopter cette opinion, que les blés enfermés dans les silos, pendant des temps plus considérables que celui que M. Lassaigne assigne à celui-ci, se sont trouvés dans un état de conservation plus ou moins parfait; nous pourrions en fournir ici un grand nombre de preuves; nous nous bornerons aux suivantes :

En 1817, on découvrit dans la citadelle de Metz un magasin de blé qui y avait été enfermé en 1523; et malgré que ce blé eût 294 ans, le pain en fut assez bon. Dans les derniers temps, on a aussi trouvé des blés assez bien conservés dans des villages détruits par les Turcs en 1526.

L'on se rappelle que M. Passalacqua apporta des céréales trouvées dans des ruines de Thèbes, ainsi que divers autres produits végétaux et animaux qui faisaient partie de sa belle collection d'antiquités, et qui avaient plus de 3,000 ans d'existence. MM. D'Arcet, Vauquelin, Le Baillif et moi, fûmes chargés de leur examen chimique : les expériences de ce dernier et les miennes démontrèrent que ce blé qui était légèrement acide, avait conservé son amidon, et perdu son gluten.

Plusieurs mois après, M. Raspail lut à la Société philomatique une note sur la détermination des céréales trouvées dans un tombeau égyptien, et sur le mode de préparation qu'on leur avait fait subir : ce chimiste reconnut, comme nous, dans de l'orge torrifiée, l'existence d'un acide libre, et l'absence du gluten.

Lorsque M. Passalacqua eut vendu sa collection au roi de Prusse, je prononçai à l'amphithéâtre de la Sorbonne, devant une réunion très-nombreuse, un discours sur les antiquités égyptiennes, qui fut suivi de l'exploration d'une momie, que M. Champollion reconnut être la dépouille mortelle de *Pharé*, fils de *Marsaroun Mainouté*, ou prêtre d'une grande caste, attaché au culte de la déesse *Netphé*, la Rhéa égyptienne mère d'Osiris et d'Isis. Entre les jambes de cette momie se trouvait un petit pain brunâtre compacte, enveloppant une multitude de grains d'orge germés et légèrement torréfiés; je conservais quelques-uns de ces grains que je viens de soumettre à de nouvelles investigations : elles m'ont convaincu que cette céréale, sur laquelle plus de trente siècles ont passé, ne contient plus de gluten; que sa décoction dans l'eau rougit légèrement le papier tournesol, et qu'elle a conservé son amidon sans altération, puisqu'elle prend par la teinture d'iode une couleur bleue très-intense, comme on peut s'en convaincre par l'examen du tube ci-joint.

Depuis que j'ai adressé cette note à l'Institut, M. Lassaigne a publié la sienne dans le *Journal de Chimie médicale* (septembre 1834). En la lisant, je me suis aperçu que cet honorable chimiste n'avait pris qu'imparfaitement connaissance de ma lettre à l'Institut, puisqu'il me fait dire ce que je n'ai pas dit. En effet, je n'ai nullement parlé d'*examen microscopique*, ni que ces *grains eussent* été charbonnés *par le feu*, mais bien *carbonisés*, comme le sont la *houille*, la *tourbe* et le *jayet*, et le blé qu'on trouve près de Clermont en grattant la terre à quelques pouces de profondeur, au pied d'une montagne nommée dans le pays *Greniers de César* (1). Je n'avais nul besoin de répéter les expériences de M. Lassaigne, car ce n'est nullement son travail que j'ai attaqué, et que je tiens pour très-exact, mais seulement les conclusions qu'il en tire. M. Lassaigne se trompe également, en annonçant que je ne base mon opinion *sur aucun raisonnement;* pour s'en convaincre il n'a qu'à lire ma note adressée à l'Institut.

FORMULES

De tablettes a base de bi-carbonate de soude, ou pastilles digestives de d'Arcet, dites pastilles de Vichy, par M Béral, pharmacien.

Tablettes de bi-carbonate de soude simples.

Pr. :	Sucre Raguenet réduit en poudre.	34 onces.
	Bi-carbonate de soude pulvérisé.	2
	Total.	36 onces.
Mucilage	de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Mettez le sucre et le bi-carbonate dans un mortier; agitez-les en tous sens pour en obtenir un mélange par-

---

(1) De nouvelles expériences faites sur des grains de blé trouvés à Royat, près Clermont (Auvergne), dans la montagne appelée *les greniers de César*, ont démontré que ces grains contenaient les mêmes principes que ceux qui ont été rencontrés dans les grains de blé décomposés et noircis que l'on a découverts lors d'une démolition de maison située à Paris, quai de la Grève. J. L.

fait, ajoutez-y le mucilage prescrit, ou la quantité nécessaire, et formez du tout une masse pâteuse, que vous diviserez en tablettes de forme ovale et du poids de 18 grains. Chaque tablette contient un grain de bi-carbonate de soude.

Tablettes de bi-carbonate de soude à la rose.

Pr. :	Sucre en poudre.	34 onces.
	Bi-carbonate de soude également en poudre.	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique à la rose, environ	36 gros.

Faites des tablettes semblables à celles ci-dessus.

Tablettes de bi-carbonate de soude à la fleur d'oranger.

Pr. :	Sucre réduit en poudre.	34 onces.
	Bi-carbonate de soude pulvérisé	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique à la fleur d'oranger, environ.	36 gros.

Pour des tablettes semblables aux précédentes.

Tablettes de bi-carbonate de soude à la menthe.

Pr. :	Sucre en poudre.	34 onces.
	Bi-carbonate de soude pulvérisé.	2
	Total.	36 onces.
	Oléule de menthe poivrée	18 goutt.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Unissez l'huile volatile de menthe au sucre, en les triturant ensemble dans un mortier; mêlez-y le bi-carbonate, et incorporez le tout dans une quantité suffisante de mucilage. Faites des tablettes ovales de 18 grains chacune, qui contiennent un grain de bi-carbonate de soude, et la 64e partie d'une goutte d'oléule de menthe.

Tablettes de bi-carbonate de soude à la vanille.

Pr. :	Sucre en poudre.	26 onces.
	Saccharure de vanille au 8e	8
	Bi-carbonate de soude en poudre	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Faites suivant l'art des tablettes de 18 grains, dont chacune contient un grain de substance alcaline, et les parties solubles et actives d'un 16e de grain de vanille, ou de 2 grains par once.

Tablettes de bi-carbonate de soude au chocolat.

Pr. :	Sucre Raguenet.	30 onces.
	Chocolat.	4
	Bi-carbonate de soude.	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Broyez et tamisez ensemble le sucre et le chocolat pour les réduire en poudre, mélangez-les exactement avec le bi-carbonate, et faites-en une pâte que vous diviserez en tablettes de 18 grains. Chaque tablette renferme un grain de bi-carbonate de soude, et une quantité double de chocolat.

Tablettes de bi-carbonate de soude ou baume de Tolu.

Pr. :	Sucre réduit en poudre.	26 onces.
	Saccharure de baume de Tolu au 8e	8
	Bi-carbonate de soude pulvérisé.	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Pour des tablettes semblables aux précédentes, dans chacune desquelles il existe un grain de bi-carbonate de soude, et un 16e de grain de baume de Tolu, ou 2 grains par once.

Tablettes de bi-carbonate de soude au girofle.

Pr. :	Sucre en poudre	26 onces.
	Saccharure de girofle au 8e.	8
	Bi-carbonate de soude en poudre.	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Faites suivant l'art des tablettes ovales du poids de 18 grains. Chaque tablette contient un grain de bi-carbonate, et les parties solubles et actives d'un 16e de grain de girofle, ou de 2 grains par once.

Tablettes de bi-carbonate de soude à la violette.

Pr. :	Sucre en poudre.	28 onces.
	Saccharure de carminoïde d'orcanette.	4
	Saccharure de rétinoïde d'iris.	2
	Bi-carbonate de soude en poudre.	2
	Total.	36 onces.
	Mucilage de gomme arabique simple, environ	36 gros.

Pour des tablettes semblables aux précédentes, qui contiennent un 64e de grain de rétinoïde d'iris, ou un 1/2 gr. par once, et un 32e de carminoïde d'orcanette, ou un grain par once. Ces tablettes ont l'odeur et la couleur des violettes; lorsqu'on remplace le saccharure de carminoïde d'orcanette par le sucre, elles sont incolores.

Observations. Les tablettes de bi-carbonate de soude sont employées comme digestives; on doit en prendre de deux à quatre à la fois.

Les tablettes alcalines aromatisées à la rose ou à la fleur d'oranger, et celles au chocolat et à la vanille, sont les plus usitées. Celles qui contiennent du chocolat, de la vanille, du baume de Tolu ou du girofle, sont à la fois digestives et stomachiques. Les tablet-

tes sans aromate sont les moins agréables, et celles à la menthe les plus difficiles à conserver en bon état.

Composition des mucilages de gomme arabique simple, à la rose et à la fleur d'oranger.

MUCILAGE

simple.	Eau distillée.	3 parties.
	Gomme arabique.	1
à la rose.	Hydrolat de rose.	3 onces.
	Gomme arabique.	1
à la fleur d'oranger.	Hydrolat de fleur d'oranger	3 parties.
	Gomme arabique.	1

Faites dissoudre à froid et passez.

Composition des saccharures prescrits dans les formules précédentes.

SACCHARURES

de vanille.	Sucre.	8 onces.
	Alcoolé de vanille.	8 gros.
de baume de Tolu	Sucre.	8 onces.
	Alcoolé de Tolu.	8 gros.
de girofle.	Sucre.	8 onces.
	Alcoolé de girofle.	8 gros.
de rétinoïde d'iris.	Sucre.	8 onces.
	Alcoolé de rétinoïde d'iris.	8 gros.
de carmin. d'orcanette	Sucre.	8 onces.
	Alcoolé de carm. d'orcan.	8 gros.

Versez les teintures sur le sucre préalablement pulvérisé, mêlez-les exactement, et exposez le mélange à une douce chaleur, pour volatiliser l'alcool.

Composition des alcoolés employés à la préparation des saccharures ci-dessus.

ALCOOLÉS

de vanille.	Alcool à 32 degrés.	8 onces.
	Vanille.	8 gros.
de baume de Tolu.	Alcool à 35 degrés.	7 onces.
	Baume de Tolu.	1 once.
de girofle.	Hydralcool à 25 degrés	8 onces.
	Girofle.	8 gros.
de rétinoïde d'iris.	Alcool à 40 degrés.	7 onces.
	Rétinoïde d'iris.	1 once.
de carmin. d'orcanett.	Alcool à 40 degrés.	7 onces.
	Carminoïde d'orcanett.	1 once.

Rétinoïde de l'iris de Florence.

Pr. :	Iris de Florence réduit en poudre.	16 onces.
	Éther sulfurique.	16 onces.

Préparez une teinture par la méthode de déplacement, et versez-la sur une assiette, l'éther se volatilisera, et vous obtiendrez une substance blanchâtre de la consistance du miel, dont la quantité est ordinairement de 16 scrupules.

Ce produit représente toute la partie aromatique de l'iris, et sa puissance, comme parfum, est égale à 24 parties de la substance dont on le retire. La rétinoïde d'iris contient une oléule concrète et une matière qui se rapproche des térébenthines. Soluble dans l'éther, elle se dissout aussi dans l'alcool, les huiles et les oléules, mais non complétement. Cette substance doit trouver de nombreuses applications dans la parfumerie.

Carminoïde d'orcanette.

Pr. :	Orcanette en poudre grossière.	8 onces.
	Éthers ulfurique.	12 onces.

Faites agir l'éther sur l'orcanette par la méthode de déplacement, et concentrez la teinture obtenue jusqu'à consistance d'extrait. Le produit est ordinairement de 8 scrupules.

La matière colorante de l'orcanette ainsi obtenue, est presque entièrement soluble dans l'alcool. La solution, qui est d'un beau rouge, passe au bleu par l'addition d'un alkali, ce qui le rend propre à donner aux tablettes de Vichy la couleur des violettes.

NOTE

SUR LA SECTION DES DENTS ET LEUR COLORATION ARTIFICIELLE, POUR SE FAIRE EXEMPTER DU SERVICE MILITAIRE; par P.-H. BOUTIGNY, pharmacien à Evreux.

Ayant eu tout récemment l'occasion d'observer un fait curieux, qui n'est consigné nulle part, je crois devoir publier le rapport que j'ai fait sur cette affaire.

Nous, soussigné, etc., étant accompagné de M. Duvernet, juge d'instruction près le tribunal de première instance de l'arrondissement d'Evreux, nous sommes transporté en la prison de cette ville, à l'effet d'examiner les dents du nommé G....., et d'en enlever un enduit noirâtre, dont nous devions déterminer la nature. Nous avons remarqué que plusieurs dents du côté droit de la mâchoire supérieure avaient été cassées ou coupées, et que la portion restante avait une teinte noire, il en était de même pour les dents voisines et pour celles correspondantes de la mâchoire inférieure. Nous avons fait laver la bouche de cet homme avec de l'eau fraîche, et ensuite nous avons enlevé, à l'aide d'une rugine, quelques parcelles de cet enduit noirâtre. Il était facile de reconnaître que cet enduit n'était que superficiel, et qu'il ne pénétrait nullement dans la substance des dents. Nous l'avons recueilli sur un morceau de papier, et l'avons emporté dans notre laboratoire, pour en faire l'analyse, ainsi que celle d'une liqueur d'un aspect laiteux, contenue dans une courtine de verre vert, étiquetée : *Affaire G..... Petite fiole contenant une liqueur blanche, déposée le* 15 *octobre* 1834, *par le sieur H.....*

La petite quantité d'enduit qui était à notre disposition, ne nous a pas permis d'en faire l'analyse par la

voie humide. Nous avons broyé cet enduit avec un peu de soude dans un mortier d'agathe avec le plus grand soin. Ensuite nous avons pratiqué une cavité dans un charbon, au centre de laquelle nous avons placé le mélange, et sur lequel nous avons dirigé un bon feu de réduction. Après le refroidissement de la matière, nous l'avons triturée avec de l'eau distillée de manière à dissoudre toutes les substances solubles, et à entraîner toutes les parties charbonneuses. Mais, quoi que nous ayons fait, il nous a été impossible de découvrir seulement des atomes d'une substance métallique quelconque; d'où nous concluons que l'argent n'entrait pour rien dans l'enduit dont il a été question, car ce métal se réduit avec la plus grande facilité par le procédé que nous avons décrit et mis en pratique. Plus loin, nous expliquerons la formation de cet enduit.

La liqueur blanche dont nous avons parlé précédemment pouvait être évaluée à quarante-huit grammes. Nous en avons pris la moitié à peu près, et nous lui avons reconnu les propriétés suivantes : elle est incolore; elle a laissé déposer un précipité blanc abondant; son odeur est celle du camphre; sa saveur est douceâtre. Par l'agitation, le précipité blanc se trouve facilement suspendu dans le liquide; alors celui-ci est opaque, il a l'apparence du lait. Nous l'avons filtré, et nous avons recueilli le précipité, qui, traité convenablement par le chalumeau, a donné une parcelle de plomb. Le liquide filtré a été évaporé à une douce chaleur jusqu'à siccité, et a donné quelques grains d'un sel blanc, dont une petite quantité a été soumise à l'action de l'acide sulfurique, qui a déterminé le dégagement de vapeurs d'acide acétique, que nous avons reconnu à son odeur. Le surplus de ce sel a été dissous dans l'eau distillée, et essayé par divers réactifs, qui ont donné lieu aux réactions que l'on va lire :

Acide sulfurique.	Précipité blanc qui noircit par l'addition du sulfhydrate d'ammoniaque.
Hydriodate de potasse.	Précipité jaune.
Chromate de potasse.	*Idem.*
Acide hydro-sulfurique.	Précipité noir.
Carbonate de potasse.	Précipité blanc.

Ces divers résultats démontraient que la liqueur soumise à notre examen, contenait une forte proportion d'acétate de plomb, que nous avons décomposé en entier en le précipitant par l'acide sulfurique. Ensuite, nous avons traité convenablement le précipité, pour en extraire le plomb, ce à quoi nous sommes parvenu facilement. Le petit culot que nous avons obtenu a été laminé et renfermé dans un tube pour être transmis à M. le juge d'instruction.

Il résulte de ce qui précède, que la liqueur soumise à notre examen était composée d'eau, de camphre et d'acétate de plomb. Ce mélange est connu en médecine sous le nom d'eau végéto-minérale camphrée.

G....., que nous avons interrogé en présence de M. le juge d'instruction, nous a déclaré que l'individu qui lui avait cassé les dents n'avait nullement touché à sa mâchoire après l'opération, mais qu'il lui avait remis la liqueur dont nous avons fait l'analyse, en lui recommandant de se gargariser fréquemment le côté droit de la bouche. En admettant comme vraies les réponses que G..... nous a faites, nous expliquerions la couleur noire de ses dents par le dégagement d'hydrogène sulfuré de l'estomac qui aura agi en précipitant le plomb contenu dans la liqueur. On sait que l'hydrogène sulfuré se dégage abondamment de l'estomac quand on a mangé des choux, des navets, de l'ognon, de l'ail, etc.; on sait aussi que ces divers légumes font la base de la nourriture des habitans de la campagne.

Résumé.

Nous pouvons conclure de tout ce qui précède, 1° que l'argent n'entre pour rien dans la coloration des dents de G..... ; 2° qu'il est excessivement probable que cette teinte noire est due à du sulfure de plomb, 3° que la liqueur soumise à notre examen était de *l'eau végéto-minérale camphrée.*

Fait à Evreux, etc.

Réflexions.

Tous les médecins avaient pensé (et j'étais de leur avis) que la coloration des dents de G..... était due à du nitrate d'argent, et je m'attendais bien à obtenir de l'enduit une parcelle d'argent; mais je fus trompé dans mon attente. Ce résultat négatif m'autorise à conclure que l'argent n'était point la cause de la coloration des dents de G....., car on sait, comme je l'ai dit, que l'argent se réduit sans difficulté au chalumeau. Je n'en veux pour preuve que la facilité avec laquelle on peut revivifier l'argent contenu dans le *quart* d'une graine de lin qui a été long-temps en contact avec de la pierre infernale. Finalement, je suis intimement convaincu qu'il n'y avait pas d'argent dans l'enduit qui recouvrait les dents de G.....

Reste à expliquer la formation du sulfure de plomb.

Résulte-t-il de la double décomposition de l'acide hydrosulfurique et de l'acétate de plomb, ou bien de ce dernier sel et du sulfo-cyanure de soude contenu dans la salive? c'est ce que je ne saurais dire, ayant fait souffler deux individus pendant long-temps dans l'eau blanche sans obtenir d'autre résultat que du carbonate de plomb. Mais on objectera avec raison que, dans cette expérience, le gaz venait directement des poumons, et ne faisait que traverser la bouche.

Une autre fois, j'ai mêlé à la liqueur une grande quantité de salive, et je n'ai obtenu qu'un précipité caillebotté parfaitement blanc.

Est-ce que la température de la bouche, une sécrétion dentaire inconnue, ou quelque action vitale serait nécessaire pour que cette coloration eût lieu? Cela me paraît très-probable. Je saisirai la première occasion qui se présentera pour extraire assez d'enduit, afin de lever tous les doutes à cet égard, et je m'empresserai d'en informer la Société.

Evreux, 2 janvier 1835.

(*Note de l'un des rédacteurs.*) La couleur noire produite à la surface des dents, à la suite de l'emploi de l'eau végéto-minérale, est sans doute due à l'action du mucus, du tartre et de la salive sur l'oxide de plomb contenu dans l'acétate de plomb ; on sait, en effet, que le mucus, qui, comme plusieurs autres principes azotés, renferme du soufre, a pu donner naissance à une petite quantité de sulfure de plomb.

NOTE

SUR LES EMPLOIS DU CHLORURE DE ZINC.

M. Canquoin docteur en médecine de Paris ayant mis en usage un produit déjà usité, le *chlorure de zinc*, nous croyons devoir donner à nos lecteurs quelques détails sur ce produit (1).

Le chlorure de zinc appliqué à l'extérieur est un caustique ainsi que l'a établi M. le docteur Hanke, professeur à Breslaw, qui l'a employé avec succès dans des cas de *nævi materni, de fongus hematode, de pustules malignes, d'ulcères syphilitiques d'apparence carcinomateuse ;* selon M. Hanke, le chlorure de zinc est préférable, comme caustique, au *sublimé corrosif, à l'oxide rouge de mercure, au nitrate d'argent, au beurre d'antimoine*, enfin à *l'arsenic* qui selon lui devrait être banni de la matière médicale.

M. Hanke a reconnu qu'une couche de ce chlorure en poudre, appliquée sur les parties malades et maintenue à l'aide d'un emplâtre agglutinatif, produisait en sept à huit heures une escarre coriace d'un blanc grisâtre ; cette escarre, qui est élastique tombe au bout de sept à huit jours, et laisse une plaie de bonne nature qui se cicatrise promptement. Une seconde application du caustique est rarement nécessaire, mais elle n'a point d'inconvénient.

M. Hanke a aussi fait connaître que le chlorure de zinc mêlé à un corps gras, ou employé en solution concentrée dans l'eau, l'alcool ou l'éther, fournissait des médicamens agissant comme la pommade stibiée et pouvant la remplacer. En effet, ces préparations donnent lieu à des plaques rouges et à une éruption particulière. (2)

M. Canquoin a appliqué le chlorure de zinc au traitement des affections cancéreuses, en se servant d'une pâte qu'il a préparée et qu'il fait varier dans les doses selon le besoin, mêlant quelquefois au chlorure de zinc le chlorure d'antimoine, pour obtenir un effet plus marqué.

Les formules de M. Canquoin sont les suivantes : 1re formule : farine 2 parties, chlorure de zinc 1 partie; 2e formule : farine 3 parties, chlorure de zinc 1 partie ; 3e formule : farine 4 parties, chlorure de zinc 1 partie.

On mêle la farine au chlorure, ajoutant ensuite le moins d'eau possible, pour amener le mélange à l'état de pâte.

M. Canquoin prépare aussi le mélange de beurre de zinc, de beurre d'antimoine et de farine dans la proportion suivante :

Chlorure d'antimoine 1/3, chlorure de zinc 2/3, farine en plus ou moins grande quantité, mais dans les mêmes proportions que celles usitées pour le chlorure de zinc (1).

Le chlorure de zinc a aussi été employé à l'intérieur comme antispasmodique. M. Muller de Winsing, l'a donné, dit-on, à la dose d'un grain quatre fois par jour dans un cas de chorée avec aménorrhée, qui avait été la suite d'une frayeur ; *mais cette dose est beaucoup trop forte.* M. Muhrbeck l'a employé avec succès depuis 1/12 de grain jusqu'à 1 grain 1/2 dans un cas d'hémicranie périodique qui avait été rebelle à d'autre médications. M. Hanke l'a aussi employé contre l'épilepsie, la chorée, les névralgies de la face; mais il se servait d'une dissolution de chlorure de zinc dans l'éther (2) (1 *grain de chlorure dans* 2 *gros d'éther muriatique*), et il donnait de cette solution au début à la dose de cinq gouttes, de quatre en quatre heures, étendant cette solution éthérée dans de l'eau sucrée.

Hanke dit qu'à de trop fortes doses cette solution produisait des accidens graves, tels que douleur et chaleur à l'épigastre, nausées, vomissemens, anxiété, oppression, petitesse et fréquence de pouls, sueurs froides, défaillances, mouvemens convulsifs, etc.

---

(1) On obtient ce chlorure : 1° par la distillation d'une partie de limaille de zinc avec quatre parties de deuto-chlorure de mercure ; 2° en faisant évaporer jusqu'à siccité une dissolution de zinc dans l'acide hydrochlorique. Mais ces deux produits ne paraissent pas être identiques : le premier, nommé improprement beurre de zinc, est volatil ; l'autre n'est volatil qu'à la chaleur rouge.

(2) M. Papenguth, chirurgien à Saint-Pétersbourg, a employé avec succès : 1° à l'extérieur et en lotions, 2° à l'intérieur, mais par gouttes, dans un cas de fistule scrophuleuse, une solution de zinc dans l'acide hydrochlorique faible ; étendue d'eau, cette solution est vomitive, si la dose est portée trop haut.

(1) M. Berzélius dit, d'après Blak, dans le t. 4, p. 260, de son *Traité de chimie*, qu'en mêlant une dissolution concentrée de ce chlorure avec une forte solution de colle, on obtient une *glu* préférable à la *glu ordinaire*, en ce qu'elle ne sèche pas, et qu'on peut facilement l'enlever par un lavage à l'eau : on pourrait tirer parti de ce mélange.

(2) *L'éther zincé*, ou de zinc, est usité en Allemagne : il est recommandé par Hufeland. On trouve dans la pharmacopée générale de Jourdan une formule qui est la suivante : hydrochlorate de zinc sec 4 gros, alcool absolu 1 once, éther sulfurique 2 onces. La dose à laquelle on donne cette solution éthérée est de 4 à 8 gouttes. (*Merat* et *Delens* Dictionnaire de thérapeutique.)

—

NOTE

R LA PRÉPARATION DE L'HUILE VOLATILE DE CAOUTCHOUC; PAR A. CHEVALLIER.

Cette huile, que je vis pour la première fois à Londres, dans le laboratoire de M. Hue à l'hôpital St-Barthélemy et à laquelle on a donné le nom de caoutchoucine, a de l'analogie avec l'huile animale de Dippel à l'odeur près, qui est d'une tout autre nature.

Cette huile avait déjà été entrevue par divers chimistes; Fourcroy dit *que quand on distille le caoutchouc dans des vaisseaux fermés on obtient un peu d'eau trouble et chargée d'un sel ammoniacal, une huile épaisse brune en partie concrète et fétide, etc.* (Système des Conn. Chim., t. 8 p. 40.)

Voici quel est le procédé mis en usage pour l'obtenir : on introduit le caoutchouc divisé, dans une cornue de fonte ou de cuivre (1), on adapte à cette cornue une allonge et un appareil pour condenser les vapeurs, puis on chauffe modérément. Bientôt le caoutchouc est décomposé, il y a production de produits volatils, parmi lesquels on remarque une très-grande quantité d'une huile noire extrêmement inflammable; le résidu est un charbon noir brillant qui brûle avec une flamme très-vive.

L'huile obtenue dans cette opération est séparée des matières qui ont passé avec elle, lavée ensuite à l'eau et rectifiée, ces-à-dire introduite dans une cornue, puis distillée à deux reprises différentes (2).

La propriété dont jouit l'huile de caoutchouc de se réduire en vapeurs qui s'enflamment, nécessite quelques précautions : ainsi on doit, lorsqu'on prépare cette huile en grand, disposer les appareils de telle sorte que l'alambic soit placé dans une pièce, tandis que le récipient l'est dans une autre. On doit aussi tenir fermé l'alambic, dans lequel on a distillé, jusqu'à ce qu'il soit entièrement refroidi; on doit encore s'abstenir d'entrer avec de la lumière dans une pièce où il y aurait de cette huile qui aurait passé à l'état de vapeur.

La caoutchoucine se prépare en grand dans la fabrique de MM. Enderby, entre Londres et Greenwich. Une personne qui a visité cette fabrique dit que cette huile peut être amenée à un poids spécifique de 680, l'eau étant 1000. A cet état elle est blanche comme de l'eau, ses vapeurs sont pesantes, en inclinant un flacon à moitié plein et ouvert sur un autre flacon vide, et à *large ouverture*, les vapeurs qui s'échappent du premier descendent dans le second et déplacent l'air. Si après avoir relevé le premier flacon et l'avoir fermé on approche un corps incandescent de l'ouverture du second, une inflammation rapide a lieu avec production d'une flamme rouge.

L'huile de caoutchouc qui a été considérée comme un double carbure d'hydrogène (1), dissout toutes les résines à froid; il en est de même du caoutchouc et lorsque celui-ci n'est que peu coloré, la solution est presque blanche; cette solution versée dans l'eau, laisse échapper le caoutchouc qui se présente sous forme d'une pellicule blanche, tandis que l'huile se volatilise. La dissolution de caoutchouc dans l'huile volatile extraite de ce produit peut servir à confectionner une foule de produits. On peut en l'appliquant sur des moules avec un pinceau, faire des souliers et même des gants imperméables, quoique très-minces. La dissolution des résines dans l'huile volatile de caoutchouc étant appliquée, il y a volatilisation de l'huile, et il reste une couche qui sert de vernis.

L'huile volatile de caoutchouc dissout la matière résineuse qui se trouve dans l'indigo, et met en liberté la matière colorante.

La caoutchoucine, du poids spécifique de 840 seulement, dissout les huiles concrètes, le beurre de cacao, l'huile de coco; elle les rend fluides de manière à les faire servir comme les huiles de navette et de colza dans les lampes et les quinquets.

Un auteur a publié que la quantité d'huile de caoutchouc qu'on pouvait retirer s'élevait de 88 à 92 pour 100 de caoutchouc, et que le prix de ce produit venant du Mexique est de 20 cent. la livre; celui du caoutchouc venu de Para 25 cent., et enfin celui de Java 60 cent.; ce dernier donnerait une plus grande quantité d'huile.

(1) On peut, dans un laboratoire de recherches, employer une cornue de verre ou de grès.

(2) Quelques personnes qui nous ont donné des renseignemens sur l'huile de caoutchouc disent que cette huile est distillée sur de la chaux; d'autres qu'elle est traitée par l'acide sulfurique, comme l'huile à quinquet; d'autres encore, qu'elle est traitée par le charbon animal. Nous nous proposons d'examiner quel est le meilleur mode de rectification de ce produit.

(1) Voir le *Journal de Chimie médicale*, 1re série, t. X, p. 510.

REVUE DES NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SUR LA FORMATION DE L'ÉTHER; PAR E. MITSCHERLICH. (Extrait.)

L'éther résulte de la décomposition de l'alcool par différens acides. On obtient un équivalent d'éther en retranchant d'un équivalent d'alcool un équivalent d'eau; et 100 parties d'alcool donnent 80,64 d'éther, et 19,36 d'eau.

La décomposition de l'alcool en eau et en éther n'est pas seulement intéressante par la formation de l'éther, elle l'est surtout comme exemple d'un genre particulier de décomposition, qu'on ne peut suivre aussi bien pour aucune autre substance, et qui se manifeste

dans la formation de quelques substance importantes: par exemple, de l'alcool lui-même.

On fait, avec des précautions convenables, un mélange de 100 parties d'acide sulfurique concentré, de 20 d'eau et de 50 d'alcool anhydre, et on l'échauffe graduellement jusqu'à ce que son point d'ébullition soit arrivé à 140°. On fait tomber alors de l'alcool dans le vase qui contient le mélange, et on en règle le courant de manière que la température d'ébullition reste constante.

Si l'on opère sur un mélange de 6 onces d'acide sulfurique, 1 1/5 d'eau, 3 d'alcool, et qu'on prenne successivement la densité du produit, à chaque portion de deux onces, on trouvera 0,780 pour la densité de la première, 0,788 pour celle des deux suivantes, et elle augmentera ainsi peu à peu jusqu'à 0,798; ce qui a lieu ordinairement vers la neuvième ou la dixième once, et la densité reste ensuite constante. La plus faible densité des premières onces vient de ce que l'acide sulfurique prend encore de l'eau. Cette densité constante est presque exactement celle de l'alcool employé. Si l'opération est conduite comme on le dit, on peut convertir autant d'alcool en éther qu'on veut, pourvu que l'acide sulfurique ne change pas, et on n'en perd d'autre que celui qui peut se volatiliser avec les vapeurs d'éther, ou se décomposer par des parties étrangères mêlées à l'alcool.

Le liquide distillé est formé de deux couches superposées: la supérieure, d'éther, contenant un peu d'eau et d'alcool; l'inférieure, d'eau avec un peu d'alcool et d'éther. Son poids est à peu près égal à celui de l'alcool employé, si on a eu soin d'éviter toute évaporation à l'air; ce liquide est composé de:

65 éther,
18 alcool,
17 eau.

On se rend facilement compte de la présence de l'alcool dans le produit; car, d'après la manière d'opérer, il doit en échapper une partie plus ou moins considérable à la décomposition. Quant à l'eau qui accompagne l'éther, elle est un produit nécessaire de l'opération. Sa quantité, pour 65 d'éther, ne devrait s'élever qu'à 15,4 au lieu de 17; mais il n'est guère possible d'arriver à une moindre différence, attendu qu'il se perd toujours un peu d'éther, et que l'expérience ne comporte pas une plus grande précision. En grand, M. Soltmann obtient, avec 100 d'esprit de vin contenant 82 d'alcool pur, 56 d'éther, ou 68,3 pour 100 d'alcool absolu.

Si l'on prend 6 onces d'acide sulfurique concentré, et qu'on y laisse couler peu à peu 6 onces d'alcool pur, les deux premières onces d'éther brut qu'on obtiendra auront une densité de 0,768, et on n'arrivera à la densité constante que lorsque l'acide sulfurique aura pris la quantité d'eau précédemment déterminée. Mais si l'on prend au contraire 3 onces d'acide sulfurique et 2 onces d'eau, et qu'on y laisse tomber l'alcool goutte à goutte, les deux premières onces distillées ne seront que de l'esprit de vin aqueux, de 0,929 contenant à peine une trace d'éther; les deux suivantes ont une densité de 0,885. La densité décroît jusqu'à ce que la quantité d'eau de l'acide sulfurique soit descendue au point déterminé, et que le produit de la distillation ait atteint la densité de l'alcool. Si l'on ajoute de l'eau à un mélange d'acide sulfurique concentré et d'alcool, il se distille de l'alcool tant qu'il en existe encore dans la dissolution. Un excès d'eau sépare aussi tout l'alcool de l'acide sulfurique, et, de même, un excès d'alcool sépare de l'eau jusqu'à ce que l'acide contienne un peu plus que le double de l'eau renfermée dans l'acide sulfurique concentré. Ajoute-t-on à de l'acide sulfurique concentré de l'alcool anhydre en excès, il passe d'abord à la distillation de l'alcool pur; mais lorsque la température s'est élevée à 126°, les premières traces d'éther commencent à paraître. La production de l'éther est à son maximum entre 14° et 15°: à 160° l'acide sulfurique commence à se décomposer, quoiqu'il se dégage de l'éther jusqu'à 200°. Lorsqu'on a employé 6 onces d'acide sulfurique et de l'alcool en excès, la quantité d'éther qui s'est formée entre 155° et 200° s'élève à peine à un quart d'once.

On a cherché à expliquer la formation de l'éther par l'affinité de l'acide sulfurique pour l'eau, laquelle déterminerait la réunion d'un équivalent d'hydrogène et d'un équivalent d'oxigène; mais il résulte des expériences précédentes que l'eau se dégage continuellement avec l'éther, et il est de toute évidence que l'acide sulfurique se réunirait plutôt à cette eau, qu'à celle qui serait formée par l'hydrogène et l'oxigène de l'alcool, et qui se séparerait presque aussitôt à la même température. En outre, l'alcool n'est pas transformé en éther par d'autres substances, telles que la potasse ou la soude, quoiqu'elles aient bien une plus grande affinité pour l'eau que l'acide sulfurique délayé, employé dans les expériences citées. On peut même chauffer la dissolution concentrée de l'acide dans l'alcool jusqu'à 140°, qui est la température à laquelle l'éther commence à se former, sans que le produit contienne la moindre trace d'éther.

Une température élevée ne change pas non plus l'alcool en éther: on peut s'en assurer en faisant passer des vapeurs d'alcool à travers un tube chauffé jusqu'au rouge.

On a aussi cherché à expliquer la formation de l'éther par celle de l'acide sulfoviniqe, au moment où l'acide sulfurique agit sur l'alcool, et on croyait que cet acide était formé par l'acide sulfurique combiné avec un hydrogène carboné, à équivalens égaux d'hydrogène et de carbone; mais des recherches exactes de MM. Liébig, Wohler, et Magnus, ont montré qu'il est formé d'acide sulfurique et d'alcool, et que, lorsqu'on le distille sans que l'acide sulfurique devienne libre, il se forme de l'alcool.

Des décompositions et des combinaisons de cette espèce se présentent très-fréquemment: on peut les appeler décompositions et combinaisons par contact. Le plus

bel exemple qu'on puisse en citer est celui de l'eau oxigénée; la plus petite trace de péroxide de manganèse, d'or, d'argent, et d'autres substances, détermine sa transformation en eau et oxigène, qui se dégagent sans que ces corps en éprouvent la moindre altération. La décomposition des sucres en alcool et en acide carbonique, l'oxidation de l'alcool lorsqu'il se change en vinaigre, le changement de l'urée et de l'eau en acide carbonique et en ammoniaque, sont des phénomènes du même ordre.

BIBLIOGRAPHIE.

THE CYCLOPOEDIA OF PRACTICAL MEDICINE, edited by J. FORBES, A TWEDIE, J. CONOLLY. London (1).

Déjà cet ouvrage, dont nous analysions le premier volume au commencement de 1834, arrive à sa fin. Les éditeurs, qui n'avaient annoncé d'abord que trois volumes, ont reconnu la nécessité d'en ajouter un quatrième, et maintenant la publication est assez avancée pour que l'on soit assuré que ce nombre ne sera pas dépassé. Ils annoncent en même temps qu'ils publieront avec la dernière partie une histoire de la médecine pratique, une bibliographie médicale que l'on regrettait de ne pas trouver à la suite de chaque article et un index général. Au reste, à part ce changement, l'*Encyclopédie de médecine pratique* n'offre aucune modification dans sa publication, dans son plan ni dans sa direction. Aussi nous allons entrer immédiatement en matière et parcourir les deux volumes (deuxième et troisième) que nous avons en ce moment sous la main.

Dans un ouvrage qui a pour but d'éclairer le praticien, de lui servir de guide, même dans les cas les plus difficiles, l'étude des convulsions méritait une attention toute spéciale; aussi ne sommes-nous point étonnés de l'étendue qui a été donnée à l'article *Convulsions*. Sans doute il est facile de dire dans un ouvrage purement théorique que les convulsions ne sont que les symptômes d'un état morbide de l'encéphale ou du tissu des nerfs, et de renvoyer à l'étude de l'encéphalite ou des maladies du système nerveux; mais le médecin appelé auprès d'un malade attaqué de convulsions ne peut pas toujours, et même nous dirons peut rarement, remonter à la lésion organique qui les cause, et cependant il est obligé de chercher dans ce qui se passe sous ses yeux les indications qui doivent le guider dans le choix du traitement. De là la nécessité d'étudier avec soin les symptômes, qui souvent pourront seuls guider le praticien tant que la science n'aura pas fait assez de progrès pour que l'on puisse ne s'en occuper qu'à l'occasion du diagnostic.

Un fait que l'on a peut-être trop souvent oublié, c'est que les convulsions dépendent plus de la constitution du sujet que de la maladie dont il est affecté. En effet, les constitutions dans lesquelles le tempérament nerveux prédomine sont le plus sujettes aux affections convulsives; il n'y a pas de maladie dans laquelle on observe constamment des convulsions, à l'exception de celles où elles sont le phénomène morbide prédominant, tandis qu'il est des sujets chez lesquels toutes les affections sont compliquées de mouvemens convulsifs.

Nous sommes dans l'ignorance la plus complète sur l'essence de la force nerveuse; mais nous savons, dit M. Crawford, l'auteur de l'article *Convulsions*, que dans certaines limites son irritabilité augmente en proportion que son énergie diminue. On peut donc établir d'une manière générale que ce n'est pas dans les moyens propres à débiliter encore le système nerveux que l'on doit chercher ceux que réclame le traitement des convulsions générales.

Quand les convulsions dépendent d'une affection primitive du cerveau ou de la moelle épinière, le traitement est indiqué par la nature de la maladie elle-même; mais il s'en faut qu'elles soient constamment, ainsi qu'on l'a prétendu, symptômatiques d'une affection de l'un de ces deux centres nerveux. Le cerveau prend certainement une part active dans les convulsions, surtout lorsqu'elles sont générales; mais ce n'est pas toujours dans son état organique que l'on doit chercher la cause qui les a déterminées. Ainsi, chez les femmes qu'une odeur forte, une musique profondément expressive, la vue inattendue de quelque objet d'intérêt ou d'aversion, fait tomber en convulsions, ce n'est pas dans l'encéphale seulement, mais bien dans la susceptibilité nerveuse dont elles sont douées, qu'on peut en trouver la cause.

Une autre erreur que l'on a souvent commise, et sur laquelle le docteur Crawford appelle spécialement l'attention, c'est celle dans laquelle tombent les médecins qui rapportent toutes les convulsions ou au moins la plupart d'entre elles à l'inflammation du cerveau ou à un état approchant de l'inflammation, à l'irritation (dans le sens que l'école physiologique attache à ce mot), et qu'ils supposent réclamer la même médication. Il est arrivé fréquemment, dit-il, que l'on a considéré comme des symptômes de l'inflammation du cerveau, la pesanteur de tête avec disposition aux vertiges, les mouvemens convulsifs des traits et des sourcils, le battement redoublé des temporales et des carotides, l'anxiété et l'insomnie avec alternative de frisson et de chaleur morbide, l'irrégularité et la rapidité du pouls, et même les soubresauts des tendons, tandis que tous ces phénomènes indiquent cette irritabilité extrême du cerveau et du système nerveux, que le docteur Whitelock Nicholl a appelée avec tant de justesse *éréthisme cérébral*. Cette erreur grave conduit à l'adoption de moyens qui ne peuvent qu'aggraver cet état morbide. Les saignées copieuses et fréquentes auxquelles on croit devoir recourir dans ces cas, paraissent bien apporter un peu de soulagement temporaire lorsqu'il y a quelques signes de pléthore, mais elles ne font qu'augmenter cet éréthisme et les accidens qu'il entraîne. Les cas de ce genre sont très-nombreux, et l'une des causes d'erreur les plus fréquentes et en même temps des plus funestes dans la pratique.

Le docteur Locock, qui a fait l'article Convulsions des enfans et convulsions puerpérales, insiste aussi sur le même point, et condamne la saignée générale dans le traitement des convulsions puerpérales, lorsque la femme a été débilitée soit par une perte de sang abondante, soit par une

(1) Encyclopédie de médecine pratique, publiée par les docteurs Forbin, Tædie et Conolly.

longue maladie. On ne doit point oublier que les animaux qui meurent d'hémorrhagie éprouvent des convulsions au moment de la mort ; et il est probable que chez quelques-unes des femmes chez lesquelles elles surviennent après des pertes abondantes, elles dépendent de la même cause. Mais lorsque la malade est dans des circonstances différentes, il recommande de tirer une grande quantité de sang, et dans un espace de temps aussi court que possible.

Les autres articles du même auteur ont tous rapport aux maladies des femmes et présentent quelques faits qui, sans être nouveaux, sont cependant encore peu connus parmi nous, et dont la connaissance n'est pas à dédaigner dans la pratique ; ainsi aux articles *Lactation, Leucorrhée,* nous trouvons de nouveaux exemples de l'extension qu'a pris dans la pratique des médecins anglais l'emploi du nitrate d'argent ; ainsi encore à l'article *Dysmenorrhée* l'auteur signale une forme de cette maladie, qu'il dit avoir rencontrée souvent et qui a été également observée par le docteur Gooch et par le docteur Dewees, en Amérique, et qui existant en même temps que des symptômes du rhumatisme, cède très-bien à l'emploi du gaïac et du colchique en même temps que le rhumatisme.

Les autres articles sur les maladies des femmes sont du docteur Lee et du docteur Marshall-Hall, dont les opinions sont connues des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

L'article *Croup* est du docteur Cheyne, médecin général des armées en Irlande, et qui avait déjà publié un traité sur cette maladie long-temps avant que Napoléon eût mis la question du croup au concours. Le docteur Cheyne a eu en Irlande et en Écosse de fréquentes occasions d'observer le croup, qui peut y être considéré sur quelques points comme une maladie endémique. Il a remarqué qu'il frappe surtout, à Dublin, sur les enfans des malheureux qui demeurent au bord des canaux dont la ville est environnée, et qu'il règne en Irlande et en Écosse aux environs de tous les grands amas d'eau, qu'elle soit douce ou salée, courante ou stagnante. L'auteur s'élève surtout contre l'opinion des médecins français, qui sont disposés à confondre le croup avec l'angine maligne épidémique. Il admet bien quelques rapports entre ces deux affections, mais cette ressemblance partielle ne suffit pas, selon lui, pour qu'on les réunisse en une seule maladie. « Quelle identité, dit-il, peut se trouver entre deux affections dont l'une est causée par le froid et l'autre par la contagion, dont l'une est toujours de nature inflammatoire et l'autre ordinairement adynamique ; dont l'une réclame un traitement antiphlogistique actif, et l'autre les stimulans locaux les plus énergiques, les toniques et les cordiaux, le vin et le quinquina ? Si cette opinion, continue-t-il, était vraie, le traitement du croup, qui est aujourd'hui d'une grande simplicité, deviendrait complexe, difficile et incertain. » Voici le traitement que conseille le docteur Cheyne. Aussitôt que l'enfant présente une toux rauque qui peut inquiéter, il prescrit le repos, les bains tièdes, un régime adoucissant et surtout la potion suivante, dont on prendra un drachme d'heure en heure ou toutes les deux heures, si elle détermine des nausées.

Prenez :	Vin d'ipécacuanha,	3 gros.
	Sirop de tartre,	5 gros.
	Mucilage d'acacia,	1 once.

Lorsque la respiration est affectée ou que les symptômes inflammatoires commencent à se dessiner, un émétique est administré sans délai, et le sang tiré du bras ou de la veine jugulaire chez les très-jeunes enfans, et ensuite, toutes les 2 ou 3 heures, on donne une dose d'un mélange de calomel et de la poudre de James, dans la proportion de deux, trois ou quatre grains du premier pour deux ou trois de la seconde. Le malade est mis dans un bain tiède ; et si, après la troisième dose de la poudre, son action sur les intestins n'a pas encore commencé à s'exercer, on administre une dose d'huile de ricin.

De nouvelles saignées sont pratiquées soit au bras, soit par des sangsues, si le cas l'exige ; et enfin on continue l'administration du tartre émétisé à la dose d'un demi-grain ou plus s'il est nécessaire, pour obtenir des nausées et des vomissemens toutes les deux ou trois heures, et aussi long-temps que l'état des forces le permet.

Tous ces moyens employés dans l'espace de quelques heures paraîtront très-actifs ; mais on sait aussi que le sort des malades doit être décidé en quelques heures, et qu'il n'y a pas de temps à perdre. Voici encore un moyen que le même auteur dit avoir employé avec succès lorsque l'inflammation était violente et la constitution du sujet robuste. Quelques minutes après avoir donné l'émétique, et avant que les nausées aient commencé à se faire sentir, il fait ouvrir la veine et à peine quelques onces de sang sont écoulées, que des vomissemens abondans et des selles copieuses surviennent presque simultanément. Il produit ainsi une puissante impression avec une très-faible perte de sang.

La maladie que les médecins désignent sous le nom de *delirium tremens* paraît être rare en France, tandis qu'en Angleterre elle est fréquemment observée, au moins si nous établissons notre jugement d'après les journaux de médecine anglais, où nous en voyons souvent des exemples. A quoi tient cette différence entre ces deux contrées? Dépendrait-elle uniquement de ce que l'abus des liqueurs alcooliques, auquel on attribue la production de cette maladie est plus fréquent de l'autre côté du détroit que chez nous ? Cette circonstance peut avoir quelque influence sur la différence que nous venons de signaler, mais nous ne pensons pas qu'elle suffise pour l'expliquer entièrement. Ne pourrait-on pas l'attribuer aussi à la disposition où nous sommes en France à localiser toutes les maladies et à considérer comme des cas d'arachnitis ou d'inflammation du cerveau tous ceux où il y a un délire un peu aigu et constant. Quoi qu'il en soit de ces deux explications, l'auteur de l'article *delirium tremens*, le docteur Carter, adopte l'opinion de Sutton et des nombreux médecins anglais qui s'en sont occupés, et le considèrent comme une maladie particulière, exigeant un traitement spécial, et qu'il serait funeste de confondre avec les maladies auxquelles il ressemble le plus, et qui réclame un traitement tout différent.

L'article *Diabète* du docteur Bardsley, médecin de l'infirmerie de Manchester, et qui avait déjà consigné d'importantes recherches sur cette maladie dans l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques années, *Facts and observations*, est plein d'érudition et de recherches pratiques d'une grande importance. Nous nous contenterons de conclure avec lui des faits nombreux qu'il a réunis dans son article : 1° que la

nature du diabète nous est encore entièrement inconnue ; 2° que dans la plupart des cas, c'est l'estomac qui est primitivement affecté, et que les reins ne prennent part à la maladie que par suite du passage de la matière sucrée; 3° que l'emploi d'une diète exclusivement animale n'est efficace que parce qu'elle suspend l'introduction dans l'économie des matériaux qui disposent à la formation du sucre, et qu'elle opère un changement favorable dans l'assimilation ; 4° que les moyens les plus efficaces pour suspendre les progrès de la maladie, et même pour la faire disparaître entièrement sont le *régime animal*, l'*opium*, les *diaphorétiques* et les *bains chauds* combinés en même temps ou administrés successivement, et que ces moyens pourront être aidés avec avantage de l'application de ventouses et de vésicatoires dans la région des reins, de saignée dans les cas où la maladie offrira des caractères très-aigus, d'eau de chaux et d'acide nitrique pour boisson ; 5° qu'il n'est pas un seul moyen qui puisse être employé dans tous les cas.

Nous avons exposé ailleurs la théorie du docteur Hope sur les bruits du cœur. Nous trouvons l'application de quelques-unes de ces idées à l'article *Dilatation*. On sait combien il est difficile de mesurer exactement avec l'échelle proposée par Laënnec le degré que peut avoir acquis la dilatation du cœur chez un sujet. Le docteur Hope conseille pour y arriver d'observer combien le premier bruit du cœur ressemble au second, et de comparer l'intensité du premier, entendu immédiatement au-dessus du ventricule affecté, avec celui que nous supposerions devoir être entendu chez le même sujet dans l'état sain. Ce qui le guide dans le jugement qu'il porte sur le premier bruit, c'est moins son étendue que sa vitesse et sa clarté; car il croit que ce bruit est souvent plus fort dans la dilatation avec hypertrophie ou bien dans la dilatation sans modification de l'épaisseur des parois, que dans la dilatation avec amincissement.

L'opinion de Bertin, qui pensait que la dilatation du cœur n'est jamais une maladie primitive, et qui admettait dans tous les cas l'existence d'un obstacle au cours du sang, n'est pas partagée par l'auteur. Il existe, selon lui, d'autres causes, dont quelques-unes sont propres au cœur lui-même, telles que la faiblesse du cœur, soit par une conformation congéniale, soit par une maladie.

Deux autres articles du même auteur sont dignes de la réputation qu'il s'est faite dans l'étude des maladies du cœur. L'*hypertrophie du cœur*, sur laquelle les travaux des médecins français semblaient avoir laissé peu à dire, la *péricardite* et la *cardite*. Il attribue l'hypertrophie du cœur aux mêmes causes qui produisent sa dilatation, c'est-à-dire à toutes les causes qui peuvent accélérer ou retarder la circulation et occasioner une pression extraordinaire du sang sur le cœur. Ainsi, en supposant qu'aucun agent intermédiaire ne vienne compliquer l'action de ces causes, elles détermineront une hypertrophie, ou une dilatation, ou ces deux altérations à la fois, suivant que la prépondérance est du côté de ces mêmes causes ou du côté de la réaction qu'oppose la cavité à leur action.

M. Hope ne pense pas, avec la majorité des pathologistes de l'époque, que les symptômes de la plupart des affections organiques du cœur soient les mêmes. La difficulté, dit-il, que l'on éprouve à distinguer ces différentes affections tient à ce qu'on les a surtout étudiées dans les cas où elles existent simultanément, tandis que c'est seulement lorsqu'elles sont isolées qu'on peut espérer d'apprécier les symptômes qui sont particuliers à chacune d'elles. L'exposition de ces différens signes, qui sont présentés ici avec toute la clarté que comporte le sujet, nous entraînerait dans de trop longs détails.

M. Hope adopte à peu près la méthode de traitement qu'a conseillée Laënnec sous le nom de méthode de Valsalva. Cependant il fait remarquer que, malgré le soulagement que procurent les premières saignées, il arrive souvent que quand ce traitement est suivi avec trop d'activité, les paroxismes reviennent avec plus de violence et plus fréquemment, et que sa terminaison funeste est accélérée. Il attribue cette influence fâcheuse du traitement à ce que la réaction qui suit toujours la saignée augmente la violence de l'action du cœur, et, au lieu d'être calmée, est au contraire augmentée par la répétition des évacuations sanguines et par l'apauvrissement du sang.

Parmi les signes physiques de la *péricardite*, cette maladie dont le diagnostic est si difficile qu'elle est le plus souvent méconnue, le docteur Hope cite surtout les suivans, qui nous paraissent mériter quelque attention : 1° l'impulsion du cœur est remarquable non-seulement par sa vigueur, mais par sa rapidité, semblable à un coup de fouet (*jerking character*), et qui souvent ébranle toute la paroi antérieure de la poitrine ; 2° le bruit de la systole des ventricules non-seulement offre une sonoréité beaucoup plus prononcée, mais encore est accompagnée d'un bruit de soufflet (*bellow murmur*); quelquefois le même murmure accompagne le bruit de la diastole.

Les *adhérences du péricarde* semblent au docteur Hope une altération beaucoup plus grave que ne le pensait Laënnec ; il leur attribue surtout une très-grande influence sur la production de l'hypertrophie du cœur, influence qu'il explique par l'obstacle mécanique qu'opposent ces adhérences aux mouvemens de l'organe.

Le docteur Carswell a contribué pour une large part à la collaboration de l'Encyclopédie de médecine pratique ; nous remarquons surtout les articles *induration*, *mélanose*, *squirrhe*, *perforation des viscères* et *mortification*. Nous nous arrêterons quelques instans seulement sur l'article *mélanose*, afin de faire connaître quelques recherches nouvelles de l'auteur sur un sujet qui n'est pas dépourvu d'intérêt. Il distingue deux espèces de mélanose, la vraie mélanose, dont la matière se trouve primitivement dans le sang et dans la composition de laquelle n'entrent que les parties élémentaires de ce fluide, et la fausse mélanose. Il divise ensuite cette dernière en deux espèces distinctes, l'une qui n'a encore été étudiée que par les médecins anglais sous le nom de *pseudo-melanosis*, et qui consiste dans le dépôt d'une matière charbonneuse au milieu du tissu des poumons. Il en a été trop souvent question dans les revues de journaux anglais que publie la GAZETTE MÉDICALE, pour que nous nous arrêtions sur ce sujet. Enfin l'autre espèce qu'il attribue à l'action d'agens chimiques, qu'il n'a étudiée que depuis quelques années, et sur laquelle son attention fut appelée à l'époque où il faisait des expériences sur la dissolution chimique ou sur la digestion de l'estomac. Ayant remarqué

qu'en même temps que les parois de l'estomac étaient complétement ramollies par l'action d'un fluide acide, le sang contenu dans les veines de cet organe prenait une couleur noire très-foncée, il fut conduit à attribuer la production de cette couleur noire à l'action de l'acide gastrique sur le sang contenu dans les veines qui sont en contact avec ce fluide. Ainsi s'expliquent, dans l'opinion du docteur Carswell, ces colorations noires que l'on rencontre si fréquemment dans l'estomac et les intestins, sous quelque forme qu'elles se présentent, sous celle de points, de rameaux ou de larges taches. Il explique encore de la même manière la coloration noire que prend le sang épanché dans l'estomac ou les intestins, et qui est due à l'action de l'acide gastrique ou de l'hydrogène sulfuré de ce fluide. De cette théorie résulte une explication très-simple de la différence qui existe entre le sang de l'hémathémèse et celui du mélœna.

La maladie des reins décrite par le docteur Bright et à l'occasion de laquelle il s'est élevé une discussion entre quelques médecins de Londres et les médecins d'Édimbourg, qui ont admis l'opinion du docteur Bright et l'ont appuyée de recherches d'une grande valeur, est rapportée à l'article *Hydropisie*, par le docteur Darwall, qui émet une opinion différente de celles déjà avancées à cette occasion. Il pense que l'urine albumineuse n'est pas l'effet de la lésion des reins, mais dépend de l'altération du sang qui ne fournit plus aux reins les mêmes élémens pour la sécrétion urinaire. Quant à l'altération du docteur Bright elle ne s'en lie pas moins, dans cette opinion, à l'altération de la sécrétion urinaire; mais seulement elle a changé de rôle; au lieu d'être cause elle devient effet; elle est le résultat de la modification qu'a éprouvée la sécrétion de l'urine. Si cette opinion était démontrée elle fournirait donc un nouvel exemple d'une lésion organique dépendant d'une altération de fonction. Cette opinion se rapproche beaucoup de celle du docteur Bardeley sur la cause du diabète et que nous exposions à l'instant. Nous convenons que, sans nous convaincre immédiatement, elle nous fournit une explication assez satisfaisante d'un fait qui nous a souvent frappé et qui avait déjà été signalé par le docteur Bright, pour que nous l'examinions avec quelque attention. Parmi les cas où l'urine est albumineuse, il en est où l'altération des reins est si peu avancée qu'elle est très-facilement méconnue quand la mort arrive peu de temps après l'apparition de l'albumine dans l'urine, en sorte que ce symptôme serait le même à toutes les époques de la maladie, et même la précéderait dans un certain nombre de cas. Il semble donc plus naturel d'admettre avec le docteur Darwall que la présence de l'albumine dans l'urine dépend d'une modification du fluide qui fournit les matériaux de l'urine, et que, soit le surcroît d'énergie qu'entraîne ce changement dans l'action des reins, soit le contact seul de l'albumine, suffit pour déterminer l'altération dont nous parlons; de même que le contact de la matière sucrée de l'urine du diabète, ou la modification qu'elle entraîne dans l'acte secrétoire du rein, finit par déterminer les altérations du rein que l'on trouve chez les diabétiques qui ne succombent qu'après que la maladie a duré quelque temps, de même que la difficulté qu'apporte à la circulation du sang un obstacle soit mécanique, soit nerveux, au libre cours de ce fluide, détermine après un temps plus ou moins long une hypertrophie ou une dilatation du cœur.

Cependant, tout en admettant que cette maladie peut dépendre d'une altération du sang, nous ne devons pas considérer cette altération comme primitive, mais en chercher la cause dans la modification de l'une des fonctions qui contribuent à la formation du sang, telles que la digestion, l'assimilation, l'hématose, etc.; car, ainsi que le dit le docteur Conolly à l'article *Maladie*, « la physiologie nous apprend que la formation des fluides n'est pas moins que celle des solides sous la dépendance de certaines fonctions dont le trouble précède souvent, peut-être même pourrait-on dire toujours, l'altération des fluides. » (*Gaz. Méd.*)

Lehrbuch von den Brüchen und Verrenkungen, zum Gebrauche für Studirende; par le docteur A.-L. Richter, etc. 8 planches. 448 pages.

Le sujet important des fractures et des luxations a provoqué, tant en Allemagne qu'en France et en Angleterre, des recherches nombreuses dont les résultats ont tourné au profit de l'art. Toutefois, il est à remarquer que la direction imprimée à ce genre de travaux n'est point la même dans ces trois contrées savantes. En Allemagne, on s'est attaché surtout à perfectionner les moyens mécaniques inventés pour le traitement des lésions traumatiques des os; Hagedorn, Dzondi, Langenbeck, Hager, Kluge, Rust, etc., ont tourné leur attention vers un but éminemment pratique. Les chirurgiens anglais ont accordé un soin tout particulier au diagnostic et au traitement des fractures qui ont leur siége dans le voisinage des articulations, ainsi que le constatent les ouvrages de sir A. Cooper, de sir Ch. Bell, d'Amesbury, etc. En France, les travaux de cette espèce ont une tournure en quelque sorte plus scientifique; les recherches de MM. Dupuytren, Breschet, Sanson, Malgaigne, etc., attestent avec quelle supériorité les chirurgiens français ont traité la pathologie du système osseux et étudié la marche que suit la nature dans la curation des maladies des os. Ces considérations préliminaires ne sont point inutiles au moment où nous allons chercher à déterminer le degré d'intérêt que peut offrir à des chirurgiens français l'ouvrage du chirurgien allemand Richter. En effet, cet auteur envisageant son sujet du même point de vue que ses compatriotes, a donné une physionomie toute pratique à son traité, qui peut être considéré, d'une manière générale, comme le résumé des principaux modes de traitement actuellement en faveur auprès des chirurgiens de l'Allemagne. Nous allons indiquer quelques-uns des points principaux de cet ouvrage; on verra qu'il s'y trouve quelques opinions que les chirurgiens français sont loin d'admettre.

Le docteur Richter considère comme *causes prédisposantes* des fractures la syphilis, la goutte, le cancer, les scrophules, le scorbut, et l'espèce de cachexie produite par l'abus du mercure. Parmi les diverses variétés des fractures, il indique avec soin celle où une partie seulement des fibres osseuses sont rompues. Cette fracture incomplète a été ob-

servée surtout dans les os spongieux, et dans ceux des os longs qui, situés parallèlement à un autre os long, en reçoivent un véritable appui. A. Cooper et Eckl ont observé cette fracture sur le col du fémur, Campaignac sur le péroné; Chelius l'a vue chez des jeunes sujets, et donne pour signe diagnostique la douleur, la tuméfaction et le défaut de résistance dans le point correspondant à la lésion. Les remarques de ce dernier auteur se trouvent d'accord avec celles de J.-R. Barton, chirurgien américain, qui a décrit cette espèce de fracture ainsi que la *courbure* des os sans lésion de continuité, dans le *Medical Recorder* (janvier 1821). A l'occasion de la formation du cal, le docteur Richter énumère avec soin les opinions qui ont été émises à diverses époques sur ce sujet. Sa manière de voir diffère peu de celle de M. Dupuytren, qui a été confirmée sous beaucoup de rapports par les expériences de Meding et de Weber, en Allemagne. Suivant lui, dans les circonstances les plus favorables, une fracture est consolidée au bout de dix jours pour les doigts, de quinze pour une côte, de vingt pour la clavicule, de trente pour les os de l'avant bras et pour le péroné, de quarante pour l'humérus, de cinquante pour le tibia, et de soixante ou soixante-dix pour le fémur. Il remarque que, quand on a enlevé les attelles, on peut avec avantage consulter les sensations du malade et le degré de confiance que celui-ci semble avoir dans la force de son membre, pour préciser l'époque à laquelle on peut définitivement rendre l'os fracturé à ses fonctions. Il passe en revue les diverses lésions qui peuvent compliquer les fractures, et les maladies qui peuvent se développer pendant le traitement. Les conseils sont en général très-judicieux. L'incurvation des membres après la consolidation de la fracture est attribuée par lui à l'agitation du malade, à l'appui insuffisant fourni par les attelles et les bandages, et surtout à l'usage prématuré du membre. Quand la courbure est due au défaut de solidité du cal, il faut réappliquer les attelles et maintenir le membre dans l'immobilité pendant le temps nécessaire. Dans un cas où le malade s'était servi trop tôt de son membre, et où le cal était tellement difforme que la cuisse malade offrait un raccourcissement de deux pouces, Weinhold a réussi à faire disparaître cette déviation par le moyen d'un séton introduit à l'aide d'un trépan très-petit et d'une forme particulière : au bout de sept semaines le cal se ramollit; alors on replaça le membre dans un appareil extensif, et après la sixième semaine, la cuisse fracturée était, à quelques lignes près, de la même longueur que l'autre. Le docteur Oesterlen a essayé dans ces derniers temps de remettre en faveur la méthode qui consiste à refracturer un os qui s'est consolidé vicieusement; notre auteur a représenté dans l'une de ses planches l'instrument imaginé par son compatriote pour effectuer cette cruelle opération; nous ne croyons pas utile d'extraire la description qu'il en donne, nous nous bornerons à transcrire le nom incroyable que son inventeur vraiment allemand lui a imposé; cet instrument se nomme un *Dysmorphosteopalinclastes*. Divers modes de traitement ont été proposés pour la cure des fausses articulations : la méthode de Celse consiste à frotter l'un contre l'autre les deux bouts de l'os; celle d'Avicenne, de Guy de Chauliac et de plusieurs autres, à scarifier les surfaces de la fracture; White conseille de les enlever par la scie, et quelquefois de les corroder avec le beurre d'antimoine; Ollenroth veut qu'on les enlève avec l'acide nitrique; Cline, Earle, et J. R. Barton, ont employé l'alcali caustique dans le même but; le séton a été trouvé plus sûr et plus efficace que toutes ces méthodes de traitement; il a été proposé pour la première fois par Winslow *Tode's Arznikundigen Annalen*, *Kopenh.* 4787; mais il a été surtout préconisé par le docteur Physick. Ce moyen quoique efficace dans beaucoup de cas, a échoué dans plusieurs autres où la compression, moyen plus récent proposé par Amesbury, a eu un heureux résultat. C'est à ce dernier que le docteur Richter donne la préférence, et il est en cela d'accord avec le docteur T. H. Wright *Americ. Journ. of med. Sc.; août* 1828.

Ce qui précède est extrait des considérations générales sur les fractures; nous ne ferons que deux citations au sujet des fractures en particulier. Dans le traitement de la fracture de l'olécrâne, faut-il placer le membre dans l'extension ou dans la flexion? l'extension recommandée par A. Cooper, Amesbury et plusieurs autres, permet en général un affrontement plus exact des fragmens; mais l'avant-bras pouvant être alors étendu à un degré plus considérable qu'à l'état normal, on peut craindre que l'extrémité supérieure du fragment inférieur ne s'enfonce dans la cavité olécrânienne, ou ne chevauche sur le fragment supérieur; dans les deux cas, il peut en résulter une consolidation vicieuse. En outre, ajoute le docteur Richter, le malade est obligé de rester assis ou couché avec son membre soutenu, à cause de la douleur et du gonflement qui se manifesteraient s'il essayait de marcher en laissant pendre son bras. Après la guérison de cette fracture, le coude peut être ankylosé; dans ce cas, le bras fléchi est plus utile que dans un état d'extension. D'un autre côté le docteur Richter pense que la méthode qui a été préconisée par Manzotti, Camper, Bertrandi, Boyer et Roux, et qui consiste à placer l'avant-bras à angle droit avec le bras, a l'inconvénient très-grave d'augmenter à tel point l'intervalle qui sépare les deux fragmens, qu'après la guérison le membre ne peut plus être porté par le malade dans une extension complète. En conséquence, imitant Duverney, Feiler, Earle et Ch. Bell, il conseille de placer l'avant-bras de manière à ce qu'il forme avec le bras à peu près le même angle que quand le membre pend naturellement le long du corps, c'est-à-dire un angle d'environ 112 degrés. Il s'appuie surtout, pour préférer cette position, sur ce que, dans le cas où l'articulation aurait perdu ses mouvemens, il est plus facile de redresser par des moyens mécaniques un membre fléchi par suite d'ankylose, que de fléchir par les mêmes moyens un membre fixé dans l'extension par la même cause.

Le chapitre qui traite des fractures du col du fémur est un des plus intéressans de l'ouvrage. Pour le traitement de cette lésion, le docteur Richter recommande, avec la plupart des chirurgiens de l'Allemagne, la position étendue du membre, et préfère à tous les appareils celui de Dzondi, qui n'est autre chose que celui de Hagedorn modifié. Dzondi fait aller jusqu'à l'aisselle l'attelle qui est placée à la partie externe du membre sain; afin d'augmenter la force de l'extension, il fait placer à angle obtus avec l'attelle, la traverse à laquelle est fixé le pied du côté malade; au lieu

d'une seule bande appliquée au coude-pied pour cette extension, il en emploie deux qui sont mises en usage alternativement, l'une au coude-pied, l'autre au-dessus du mollet; par ce moyen, il évite l'ulcération de la peau qui est en contact avec cette bande. Enfin, il a supprimé comme inutile la bande extensive que Hagedorn appliquait au pied du côté sain. Le docteur Richter conseille d'ajouter à cet appareil l'attelle concave de Brünninghausen, qui se place à la partie externe du membre fracturé et s'étend depuis la crête iliaque jusqu'au genou; cette addition a pour but de fournir un soutien au trochanter, et de prévenir autant que possible tout mouvement de l'os dans le lieu de la fracture.

Le docteur Richter a parlé du traitement des fractures en général, d'une manière très-étendue. Plusieurs des appareils qu'il décrit paraîtront beaucoup trop compliqués aux chirurgiens français; mais en revanche il a exposé non-seulement les méthodes de traitement usitées en Allemagne, mais encore celles qui ont faveur dans plusieurs autres pays. Sous ce rapport, son livre est extrêmement instructif.

La seconde partie de cet ouvrage, qui est consacrée aux luxations, est une compilation également bien faite. Ce qui précède suffit pour permettre à nos lecteurs de former un jugement sur le mérite et l'utilité du livre que nous analysons. Pour les chirurgiens français, il doit être considéré sous un double point de vue : premièrement, il offre une source d'érudition qui n'est point à dédaigner; secondement, comme il est présenté sous une forme élémentaire, et que tout ce qui a rapport au traitement y est exposé avec des détails minutieux, il doit être recherché par les étudians et par les jeunes praticiens. (*Gaz. méd.*)

Exposition de la doctrine médicale homoeopathique ou organon de l'art de guérir; par S. Hahnemann; traduit de l'allemand sur la 5e édition, avec divers opuscules de l'auteur et une traduction sur la 5e édition de la *Pharmacopée homœopathique* de Hahnemann; par Jourdan, 2e édition, avec le portrait de Hahnemann. 2e édition, in-8°. Prix 8 fr. 1834. Chez J.-B. Baillière.

Je ne vais pas vous parler très-longuement de ce que contient ce gros volume; mais je vous en dirai assez, je pense, pour vous engager à lire ce qui vous est indispensable si vous avez l'intention de suivre les belles discussions qui vont naître probablement dans le sein de l'Académie de médecine. Vous savez comment cette savante et estimable compagnie est sortie de la question du magnétisme; l'homœopathie vient de lui jeter le gant, elle va le ramasser et elle s'exécutera encore de très-bonne grâce; ensuite viendra le tour de la phrénologie. Après, les Académiciens n'auront plus qu'à rentrer dans le repos, car ils auront assez égayé la Société.

La préface du livre d'Hahnemann et les deux premières parties sont ce qu'il y a de plus remarquable. L'auteur sape les bases de ce qu'il appelle l'ancienne médecine, et, il faut l'avouer, il le fait toujours avec un certain talent et souvent avec bonheur. La main sur la conscience, demandons-nous ce qu'est notre rationnalisme : Si nous répondons avec les anatomo-pathologistes, Hahnemann peut nous combattre avec les argumens des vitalistes; si nous invoquons ceux-ci, Hahnemann nous oppose la plupart des humoristes, ceux, par exemple, qui basent leur doctrine sur les causes matérielles des maladies, etc., et presque toujours Hahnemann paraîtra vainqueur. C'est par ce chapitre surtout que l'auteur ressemble aux autres chefs de secte; tous ont commencé par accumuler des ruines, mais quand il s'est agi d'édifier, leur génie est resté impuissant. Néanmoins, dans la critique, Hahnemann n'est pas toujours supérieur, quelquefois même il se laisse aller à des contradictions choquantes. A la page 22, l'auteur jette un coup d'œil sur la médecine allopathique (lisez, jette un coup de hâche). Hahnemann dit : « Les » causes de nos maladies ne sauraient être matérielles, » puisque la moindre substance matérielle étrangère, quel- » que douce qu'elle nous paraisse, qu'on introduit dans les » vaisseaux sanguins est repoussée tout à coup comme un » poison par la force vitale ou si elle ne peut l'être occa- » sione la mort. Que le plus petit corps étranger vienne à » s'insinuer dans nos parties sensibles, le principe de ce » qui est répandu partout dans notre intérieur n'a pas de » repos jusqu'à ce qu'il ait procuré l'expulsion de ce corps » par la douleur, la fièvre, la suppuration ou la gangrène. »

Ce passage témoigne qu'Hahnemann ne connaît pas les faits de physiologie par lesquels on prouve que des corps étrangers et même en assez grande quantité, peuvent rester impunément dans l'économie pendant des années, sans susciter le moindre trouble, la moindre réaction vitale; qu'ils peuvent circuler avec nos humeurs, sans même les altérer. Comment Hahnemann ignore-t-il que des balles séjournent quelquefois dans l'interstice de nos organes pendant toute la vie, sans occasioner le moindre dérangement? Le fait de la tolérance de la nature est un des plus grands faits de la pathologie et Hahnemann l'oublie! Voici un exemple de contradiction : A la page 4 de la préface, l'auteur dit à l'humanité : « Prenez mon homœopathie, car elle ne verse pas une » seule goutte de sang; elle ne purge pas et ne fait *jamais* » vomir ni suer; elle ne repercute aucun mal externe par » des topiques et ne prescrit ni bains chauds, ni lavemens » médicamenteux; elle n'applique ni vésicatoire, ni sina- » pismes, ni sétons ou cautères. Jamais elle n'excite la » salivation; jamais elle ne brûle les chairs jusqu'à l'os avec » le moxa ou le fer rouge. » Que fait-elle donc l'homœopathie? Elle ne procure que de douces et délicieuses sensations, à la page 4, bien entendu, car, à la page 114, l'homœopathie devient cruelle, elle cherche à faire rendre par le vomissement les baies de belladone (de sorte qu'elle fait vomir); elle ouvre l'anus des enfans imperforés, elle va jusqu'à retirer les corps étrangers du vagin et des autres canaux; elle fait même la lithotritie, ce qui est difficile et souvent très-douloureux. Cependant les amas de sels ou d'acide urique qui forment la pierre pourraient bien être détruits par leurs analogues. Avec une particule infinitésimale d'oxalate de chaux, ne pourrait-on pas faire disparaître ce calcul hérissé d'aspérités qui pique si douloureusement le col de la vessie? M. Hahnemann sait bien qu'ils sont difficiles à broyer ceux-là : pourquoi donc ne les dissout-il pas par

des procédés homœopathiques. Ces doigts de fer, dont les chirurgiens s'arment pour saisir et briser la pierre, saisissent et déchirent quelquefois la vessie ; un globule d'un sel quelconque ne serait pas aussi cruel.

Il y a, dans le livre en question, un article qui m'a causé un vrai plaisir ; c'est celui dans lequel j'apprends que je fais tous les jours de l'homœopathie sans le savoir et cela avec le plus grand succès, absolument comme M. Jourdain de Molière faisait de la prose. On m'avait déjà annoncé cette merveille ; mais comme je m'étais implanté dans la tête, que l'homœopathie était surtout l'art de donner de très-petites doses, je considérais ce que me disaient mes confrères comme une mauvaise plaisanterie; car je suis de ma nature un grand purgeur, je fais vomir copieusement, souvent, et cela avec succès. Hé bien, à l'article *Guérisons homœopathiques dues au hasard*, j'ai trouvé l'explication de mes cures. C'est que je fais vomir quand il y a déjà des vomissemens, ce qui est vrai; c'est que je purge quand il y a tendance aux évacuations alvines, ce qui est encore vrai. En agissant ainsi j'étais donc dans l'esprit de cet article de loi homœopathique, qui veut qu'on attaque les maladies par les agens thérapeutiques qui produisent les symptômes des affections qu'on veut combattre. Mais comment accorder mes hautes doses avec cet autre article de loi du même code, qui veut que l'agent thérapeutique soit infinitésimal, imperceptible, presque hypothétique. Voici comment Hahnemann explique tout cela. D'abord il me dit à l'oreille, et en bon confrère, que j'ai commis de bien grandes imprudences, qu'en persistant dans cette pratique je ne perdrais pas tous mes malades, mais je risquerais fort de nuire à l'homœopathie, ce qui serait plus grave. Puis, Hahnemann monte sur son piédestal et prononce, d'un ton dogmatique et quelque peu protecteur, ces mots que voici : « Jeune confrère, ta » conduite ne peut pas être blâmée, tu as agi selon tes lu- » mières et ta conscience, tu as guéri, tant mieux; mais » il faut que tu saches comment. Les substances que tu as » employées avaient perdu presque toute leur énergie, il » ne restait dans tes hautes doses que la partieule homœopa- » thique qui ne s'était pas altérée, et c'est celle qui a agi. » Alors je réponds très-humblement. « Mais M. Hahnemann, » songez donc que mon pharmacien est un homme » éclairé et consciencieux, et qu'il est parfaitement sûr de » ses produits. » — « Alors, dit le grand maître, il est » survenu des évacuations abondantes qui ont détruit presque » tout votre médicament. »

— Je reprends, toujours avec le plus grand respect, mais j'ai quelquefois administré plusieurs onces de quinquina; le malade n'a eu ni sueur, ni selles, ni vomissemens, et j'ai guéri.

— « Alors, jeune praticien, c'est que dans l'estomac de » ton malade il y avait des substances capables de contre- » balancer la force des doses par l'action antidotique qu'elles » exercent. »

Je gardai le silence de la stupéfaction.

Cet article est curieux, il renferme beaucoup de faits; c'est peut-être là qu'Hahnemann se montre vraiment homme d'esprit, quelquefois excellent dialecticien, et parfois légèrement ridicule. Après vient l'exposition et le développement de sa doctrine, si doctrine il y a. Il me serait impossible ici d'analyser cette partie de l'ouvrage, il faut la lire en entier pour l'apprécier et la comprendre, ce qui sera assez difficile, même pour les Académiciens qui veulent combattre l'homœopathie. Au fond voici ce que peut être cette doctrine : Hahnemann admet dans l'organisme des forces indépendantes de celles qui régissent les corps bruts, ce qui n'est pas nouveau et ce qui n'est pas du tout déraisonnable pour beaucoup de médecins. Hahnemann croit que la douleur épuise beaucoup, ce qui n'est pas nouveau encore et ce qui est admis par tout le monde. Hahnemann, admettant des forces qui sont les facteurs de tous les actes physiologiques, veut s'adresser à ces forces quand il s'agit de modifier l'économie, ce qui est très-logique. Hahnemann ne peut pas voir ces forces ni leur modification pas plus que nous ne voyons les causes prochaines des maladies : il constate des symptômes, il les individualise autant que possible et même trop, et il veut les détruire par des agens qui les produisent; ces agens, il les divise jusqu'à l'absurde comme il individualise les symptômes jusqu'à l'absurde. Malgré ces absurdités il faut lire cet auteur, car il contient du bon, il peut éclairer la médecine des symptômes si on sait faire la part des écarts d'un homme d'esprit.

Vient la question de bonne foi : ici je n'imiterai pas Hahnemann, qui déclame sans mesure contre les allopathes, et qui s'attaque souvent à leur caractère ; je citerai seulement M. Marc qui a déclaré, en pleine Académie, qu'en Allemagne il n'y avait que trois homœopathes, dont deux ignorans et un fripon. En France, les homœopathes sont plus nombreux, mais les classera qui voudra.

Après l'organon, qui est l'évangile homœopathique, viennent les opuscules diverses qui traitent 1° des formules en médecine ; 2° des effets du café ; 3° de la médecine de l'expérience ; 4° ici Hahnemann jette Esculape dans la balance de l'homœopathie et le réduit à sa plus simple expression ; 5° lettre à un médecin sur l'urgence d'une réforme en médecine ; 6° valeur des systèmes ; 7° ici les aspirans au doctorat trouveront un bon conseil (toujours homœopathiquement parlant) ; 8° réflexions sur les trois méthodes accréditées de traiter les maladies ; 9° l'allopathie, un mot d'avertissement aux malades.

Arrive enfin une pharmacopée que vous ne lirez certainement pas, mais tout le reste, vous serez obligé de le lire, soit que vous soyez contre ou pour l'homœopathie, que vous soyez Académicien ou homme d'esprit, médecin ou procureur général (1).

(*Journal hebdom.*)

---

(1) On ne saurait croire combien la magistrature aime l'homœopathie, la phrénologie, le magnétisme et les masseurs. C'est convenu, tous les progrès passeront par le barreau avant de venir à nous.

—

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par F. Dubois (d'Amiens), professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, président de la société médicale d'émulation, etc., 2 vol. in-8°.

Docenti autem procedendum est a generalibus ad singularia quæque, dum inventa explicat; ut inventori contra à singularibus ad generalia eundum fuit (herm. Boerhaav. *Institut. mod.*).

Deux circonstances donnent de la valeur à un ouvrage et le rehaussent dans l'opinion publique : la manière dont il est conçu et fait, puis la nécessité, l'opportunité de la publication. Ce dernier point est très-essentiel, et le succès d'un livre en dépend plus qu'on ne croit; c'est ce que l'auteur de celui que nous annonçons a fort bien senti. En effet, jamais l'à-propos ne fut mieux saisi pour mettre au jour une pathologie générale; c'était un des besoins de la médecine le plus généralement reconnu. Nous le demandons, quel est le médecin qui accorde aujourd'hui une pleine confiance à cette masse amorphe de faits qui encombre les avenues de la science? quel est celui qui ne recule devant ces longues files d'observations qui grossissent la plupart des productions modernes et notamment les recueils scientifiques? Qui est-ce qui ignore que ce ne sont là que de simples matériaux, mais que l'édifice est encore à construire? Où est le praticien qui, las d'insipides et vulgaires scolarités, ne s'aperçoit pas que des faits, toujours des faits, ne suffisent nullement au progrès, si on n'en connaît pas la valeur philosophique? que si toutes les vérités sont contenues dans ces mêmes faits, elle y sont à jamais isolées, incertaines et flottantes, tant qu'un esprit supérieur ne les a pas coordonnées par l'effort d'une haute abstraction, par une grande et savante généralisation? Nous en sommes là aujourd'hui en médecine; personne, à l'exception des systématiques, n'a de point fixe, de règle positive, en un mot, de base dans sa pratique; de là l'impérieuse nécessité d'une pathologie générale. Cependant, ne nous y trompons pas, c'est une entreprise qui présente plus d'un obstacle à surmonter. Une pathologie générale! comprend-t-on bien ce que veut dire l'énonciation d'un pareil titre? Il n'y a qu'à lire l'ouvrage de M. Dubois pour bien se convaincre des difficultés d'un tel sujet, des qualités qu'il faut avoir pour se maintenir à la hauteur de ces difficultés et en triompher. Qu'est-ce que faire une pathologie générale? C'est tout uniment demander aux faits ce qu'ils signifient, en un mot, les rallier à des lois, dont l'ensemble est la science elle-même. Mais demander aux faits ce qu'ils signifient, ce n'est pas faire une théorie étroite à l'aide de ces mêmes faits qu'on ajuste, qu'on tord et qu'on plie selon le besoin, ce n'est pas couvrir de radicales erreurs d'un vernis de vérités, comme dans la doctrine commode et fausse du *plus* et du *moins*, ce n'est pas non plus établir comme point initial et générateur de tout système médical, l'idée qu'on a conçue a priori, le principe qui en émane, la conséquence qui en découle; c'est encore moins l'art de brillanter quelques sophismes, ou le besoin de fouiller dans les livres, afin d'en fabriquer un qui, à son tour, fasse partie de cette tourbe de productions sans substance, sans avenir et sans vie, dont l'apparition constate à peine l'éphémère existence. Faire un bon traité de pathologie générale, autant du moins que nos connaissances actuelles le permettent, c'est, il nous semble, sonder en tous sens les profondeurs de la science, afin d'en reconnaître et d'en estimer les acquis; c'est rapprocher, comparer une grande masse de faits, pour en obtenir quelques vérités en poussant l'évidence inductive à ses dernières limites, souvent même extraire quelques parcelles d'or d'un ramas d'inutilités; c'est savoir faire le *départ* exact du vrai et du faux, démêler les résultats importans des conséquences erronées, les solides richesses de la science, d'une flasque abondance de lieux communs scientifiques, employer tour à tour une pénétrante analyse et une synthèse très-complexe, saisir les rapports cachés des faits, en distinguant les véritables de ceux qui ne sont qu'apparens, s'élever à d'immuables généralisations, bases fondamentales de l'art, enfin indiquer sur une foule de points la marche de la science et le point où s'est arrêté le progrès, ce qu'on sait et ce qu'on devrait savoir. On voit par cet aperçu, combien une pareille entreprise exige de travail, de discernement et de patience. Il est surtout deux qualités indispensables pour atteindre le but : joindre à une profonde érudition la connaissance complète des actualités de la pratique la plus moderne; puis, la sévère impartialité d'un jugement sain, voyant les faits, les raisonnemens, les principes et les chiffres, avec la vue nette d'un esprit ferme, éclairé, et non avec le microscope du sectaire.

Ce que nous venons de dire explique pourquoi les bonnes pathologies sont si difficiles et par conséquent si rares. L'auteur de celle que nous annonçons a été plus heureux que ceux qui, avant lui, essayèrent cette œuvre de haute portée. M. Dubois a rempli la plupart des conditions nécessaires à la solution de ce grand problème; son ouvrage en fait foi. C'est une vaste composition qui embrasse à peu près le cercle entier de la pathologie générale, dans son ensemble et ses détails; il y a bien long-temps qu'un pareil ouvrage n'avait paru sur l'horizon de la science, par la raison que bien peu d'auteurs, et bien moins encore de praticiens, étaient capables de l'entreprendre et surtout de l'achever. Les observations particulières se multiplient d'une manière effrayante; il y a des encatalogueurs de faits qui, cherchant pour voir et non pour féconder, en fournissent jusqu'à la nausée; nous avons des traités spéciaux, des monographies, des mémoires, des dissertations, des recherches à l'infini, tous les points de la science ont été examinés, discutés, approfondis; mais il nous manquait un ouvrage qui, laissant de côté les faits isolés pour les faits collectifs et leurs résultats, arrivât à des principes, à des vérités, à ce que j'appellerais volontiers aux *universaux* de la médecine. Cette lacune est désormais remplie par l'ouvrage de M. Dubois; et, quand on l'a lu avec l'attention qu'il mérite, et il en mérite beaucoup, on trouve qu'il n'y a rien ici d'exagéré.

On n'attend pas assurément de nous d'entrer dans des détails, très-dignes d'intérêt, sans doute, sur un ouvrage aussi important; mais l'espace et le temps nous manquent à

la fois ; d'ailleurs, cinquante pages d'analyse suffiraient peut-être à peine pour parcourir les principaux points d'un semblable travail. Cependant, pour donner au lecteur une idée positive et générale de ce livre et de ses divisions, nous allons laisser l'auteur s'exprimer lui-même. Après avoir déclaré avec franchise que la première idée de son plan lui a été fournie par Cabanis, dont il cite un curieux passage, M. Dubois dit : « Nous avons partagé notre ouvrage en trois grandes sections : dans la première, qui répond aux anciens traités de pathologie générale, nous avons examiné la *maladie* sous le point de vue le plus général, tant sous le rapport des causes que sous celui des symptômes, des lésions anatomiques, etc.

» Dans la seconde section se trouvent les *maladies qui peuvent affecter plusieurs systèmes de l'économie animale*, soit qu'elles les affectent ainsi successivement, de proche en proche, sympathiquement ou simultanément, devenant progressivement ou tout à coup générale.

» Dans la troisième section, nous avons examiné, et toujours d'une manière générale, les *maladies de chacun de ces systèmes*.

» Pour bien faire comprendre les avantages didactiques du plan que nous avons adopté, nous allons choisir un exemple, et le suivre dans quelques conséquences générales.

» Prenons pour exemple l'inflammation.

» Nous supposons que l'élève qui prend en main notre ouvrage n'a encore aucune notion de pathologie ; or, comme nous voulons le faire pénétrer méthodiquement, en quelque sorte, dans le sentier de cette science, nous commençons, dans notre première section, par l'initier à cette connaissance première des maladies en général, de leur marche, de leurs terminaisons, etc., notions relatives à l'inflammation tout aussi bien qu'aux autres maladies.

» Dans la seconde section, nous avons abordé la question de l'inflammation, puisque cette maladie peut affecter *plusieurs systèmes* de l'économie animale ; nous avons fait connaître ses caractères généraux, ceux qu'elle conserve invariablement, quel que soit d'ailleurs le système qu'elle affecte.

» Enfin, dans notre troisième section, nous avons suivi successivement l'inflammation dans chacun des systèmes ; nous avons fait connaître en quoi l'inflammation des membranes muqueuses, par exemple, diffère de l'inflammation des membranes séreuses ; l'inflammation des artères de celles des veines, et ainsi de toutes les autres maladies. Qu'on nous dise après cela si cette marche n'est pas tout-à-fait didactique ; si l'élève, ainsi conduit dans tout ce qu'il y a de général en pathologie, n'est pas aux trois quarts initié dans l'étude des spécialités elles-mêmes, etc. ? »

Voilà certes une marche complétement logique ; c'est bien ainsi qu'on peut concevoir une pathologie générale, c'est-à-dire remonter autant que possible à la raison des faits ; l'auteur est fidèle à cette marche, et il la suit dans tous les points de son travail où elle est applicable. L'ouvrage de M. Dubois mérite assurément de fixer l'attention du public médical. Plus cet ouvrage sera connu, plus on sentira, d'une part, son utilité, de l'autre, combien il a dû coûter de travaux à son auteur ; car d'immenses matériaux réunis avec choix, employés avec discernement, exposés avec une méthode supérieure, exigent un labeur persévérant, dont bien peu d'hommes sont capables. Cette pathologie générale est le résumé le plus complet, le plus exact, le mieux ordonné de nos connaissances actuelles sur cette partie de la médecine ; c'est là ce qui distingue cet ouvrage d'une foule de productions insignifiantes, véritable cacographie médicale, qui nous afflige et nous poursuit. Peut-être, en cherchant bien, trouverait-on plusieurs points susceptibles d'être controversés. M. Dubois, comme tout bon auteur plein de son sujet, abonde quelquefois dans son sens ; mais où est le traité spécial le mieux soigné, bien plus, où est le livre capable de supporter une pareille épreuve ? Ce qu'il y a de certain, c'est que l'ouvrage dont il s'agit est un des plus exempts d'idées vagues, d'hypothèses hasardées, et de hâtives conclusions ; partout une sûreté de logique, une plénitude de sens et de raison, prouve que l'auteur a su se maintenir dans la sphère de l'observation et de l'expérience.

Nous ne terminerons pas sans louer aussi le style de cet ouvrage ; c'est le style même de la chose, c'est-à-dire grave, sérieux, et pourtant clair, rapide et correct. Quelquefois l'auteur renferme sa pensée dans une forme vive et énergique ; mais il captive toujours l'attention, car son savoir et son érudition ne ressemblent en rien à cette disgracieuse pesanteur de diction que certaines gens mal organisés, ou par une fatalité d'incapacité, regardent comme la perfection du style médical. (*Bull. de Thér.*) R. P.

Anatomie et physiologie des annexes du fœtus, Mémoire qui a remporté un des premiers prix accordés en 1833, par la société chir. d'émulation ; par F. Boursson, chir. int. à l'Hôpital S.-Eloi de Montpellier, etc., broch. in-8°. Montpellier, 1834.

Cette intéressante brochure se termine par le résumé suivant qui peut tenir lieu de l'analyse de l'ouvrage :

« L'ovaire sécrète une matière albumineuse qui s'entoure peu à peu de deux membranes. Cette matière est le rudiment de l'embryon, et les deux membranes, le rudiment du chorion et de l'amnios.

» L'ovule ou la somme de ces parties est contenu dans une vésicule de Degraaf.

» L'acte de la fécondation a pour résultat d'imprimer un premier degré d'organisation à l'albumine de l'ovule. — Ce même acte produit l'érection des trompes qui s'appliquent sur l'ovaire. — Alors les parois des vésicules de Degraaf irritées par la présence de l'ovule fécondé, s'enflamment, se ramollissent, se déchirent et le laissent passer dans la trompe.

» Depuis l'instant de la fécondation, l'utérus vivement stimulé sécrète par la face interne une matière concrescible qui s'organise et forme le périone (*caduque*). — Celui-ci revêt bientôt la forme de la face interne de l'u-

térus, bouche les orifices de cet organe, et sécrète un liquide (l'hydro-périone) qui s'accumule dans son intérieur.

» L'ovule, arrivé à l'orifice interne des trompes, refoule le périone pour se placer entre cette membrane et l'utérus; la moitié qui est en rapport avec le périone, le double sur lui-même pour former le périone réfléchi, et l'autre excite localement l'utérus pour déterminer la formation du périone secondaire. — L'ovule se nourrit alors de l'hydro-périone qu'il s'assimile par endosmose. — Cette nutrition opère le développement des villosités du chorion et du liquide amniotique.

» Bientôt après, on voit paraître les appareils vitallin et allantoïdien. L'hydro-périone disparaît alors, et la nutrition est accomplie par ces appareils. — Ce mode de nutrition, devenu insuffisant vers le commencement du second mois, est remplacé par es eaux de l'amnios et le placenta.

» Les eaux contenues dans la membrane amnios sont fournies par la mère, et résultent de l'exhalation des lymphatiques placées entre elle et le chorion.

» Le placenta résulte de l'intimité des rapports qui s'établissent entre le périone secondaire et les villosités du chorion; il est formé par les vaisseaux du fœtus communiquant avec les spongioles de leur tunique cellulcuse, et s'inosculent librement à leurs derniers rameaux. — Ce même organe sert à soumettre le système sanguin de l'enfant au système sanguin de la mère, pour opérer la respiration fœtale complétée par le foie et le thymus; enfin les lymphatiques portent dans les voies circulatoires du fœtus la majeure partie des matériaux assimilables exhalés par la mère à la surface du placenta utérin. » (*Revue Méd.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 2 février 1835.

Moyen de distinguer certaine fraude dans les écritures.—Une lettre de M. Boutigny, transmise par M. le garde des sceaux à l'Académie des Sciences, indiquait un moyen d'écrire avec de la teinture d'iode des caractères qui s'effaceraient d'eux-mêmes avec le temps. Ce moyen ayant acquis de la publicité par la reproduction de la lettre de M. Boutigny dans différens journaux, M. Chevalier a cru convenable de chercher les moyens d'apercevoir cette fraude dans le cas où quelqu'un serait tenté de s'en servir, et d'apprécier les chances de réussite qu'elle présente au faussaire; il a reconnu dans les expériences qu'il a faites à ce sujet:

1° Que l'écriture tracée avec la teinture d'iode sur papier collé à la fécule, diffère de l'écriture tracée avec l'encre ordinaire, en ce qu'elle n'a ni la même couleur ni la même netteté;

2° Que la différence de couleur augmente sensiblement en peu de temps et que le tracé à l'iode passe au violet rougeâtre;

3° Que la disparition du tracé fait avec la teinture d'iode sur le papier collé à la fécule, s'opère lentement lorsque le papier est renfermé dans un portefeuille;

4° Que même à l'air libre la disparition de l'écriture exige toujours un laps de temps assez considérable;

5° Que l'on peut faire reparaître le tracé à l'iode, de manière à pouvoir le lire:

6° Que le moyen pour obtenir cette réapparition consiste à mouiller à l'aide d'un pinceau le papier qui a été couvert de cette écriture avec une solution de chlore, dans laquelle on ajoute une très-petite quantité d'acide sulfurique;

7° Que l'écriture qui a reparu disparaît ensuite de nouveau, mais qu'elle met assez long-temps à disparaître pour qu'on en puisse prendre une copie authentique;

8° Que le papier fin d'une texture serrée paraît retenir mieux l'iodure d'amidon que ne le fait un papier de qualité inférieure, et que la revivification de l'écriture est plus facile.

Cette communication est renvoyée à la commission des papiers de sûreté.

Orthopédie. — MM. Pravaz et Guérin, dans la lettre qui accompagne l'envoi du prospectus sur l'établissement de la Muette, exposent quelques-uns des principes qui les ont guidés dans le choix ou l'invention des méthodes qu'ils ont adoptées.

Pour arriver au résultat qu'on se propose, il ne faut pas perdre de vue: 1° qu'il ne s'agit pas d'opérer un redressement général, mais que certaines courbures qui existent dans l'état normal doivent être respectées, et qu'ainsi les appareils doivent être construits de manière à n'exercer des efforts que là où il y a une direction à changer; 2° que ce n'est pas un corps inerte qu'il s'agit de réformer, mais un corps doué de vie, de sensibilité, de mouvemens, et que ces trois circonstances fournissent chacune des indications spéciales qu'il est indispensable d'observer; 3° que les difformités auxquelles on se propose de remédier, ne sont, dans bien des cas, qu'un symptôme d'un état maladif général qu'il faut avant tout combattre par les médications, le régime, les exercices, etc.; 4° enfin, que dans le choix des exercices, comme dans celui des appareils, il n'y a pas de règle générale à tracer, et que cette partie du traitement doit être modifiée suivant les cas.

Les auteurs enfin font remarquer que dans certains cas l'emploi même le mieux dirigé de ces moyens ne présente aucune chance de succès; mais que cette impossibilité en pareil cas ne peut échapper à la connaissance d'un médecin expérimenté qui, dans ce cas, autant dans son intérêt que dans celui du malade, aura bien soin de détourner celui-ci d'un projet de traitement qui ne pourrait que le fatiguer inutilement.

— Mémoire théorique et pratique sur les *luxations* dites *spontanées* ou consécutives, et en particulier sur celle du fémur par MM. Lesauvage.

Commissaires: MM. Roux et Double.

Rapport sur le species général des coquilles vivantes. — M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire fait un rapport verbal sur un ouvrage publié par M. Kienner, et qui a pour titre: Species général et monographie des coquilles vivantes, comprenant le musée Masséna, la collection Lamarck, celle du muséum d'histoire naturelle et les découvertes récentes des voyageurs.

En résumé, dit M. Geoffroy, l'ouvrage de M. Kienner, renfermant la description d'un grand nombre d'espèces nouvelles et souvent aussi des faits nouveaux sur des espèces déjà connues, ne peut manquer d'être utile à la conchyliologie, et l'auteur nous paraît très-digne d'être encouragé par l'Académie dans la grande entreprise où vient de l'engager son zèle pour la science.

— M. de Blainville fait un rapport sur les travaux de M. Owen, relatifs aux organes sexuels des monotrèmes et des marsupiaux.

— M. Dutrochet lit un mémoire intitulé: *Observations sur la formation du périsperme de la graine du tame.* (Tamus communis. *Linn.*)

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux candidats, l'un pour la place de professeur suppléant de chimie à l'école de pharmacie; l'autre pour celle de professeur suppléant de pharmacie à la même école.

Pour la première place, la section présente MM. Gaultier de Claubry et Baudremont. Le nombre des votans est de 51,

majorité, 26. Au premier tour de scrutin, M. Gaultier de Claubry réunit 38 suffrages et est déclaré candidat de l'Académie.

Pour la seconde place, MM. Henry et Chevallier sont portés par la section, le dernier obtient 27 suffrages et est déclaré élu.

Séance du 9 février.

Fœtus humain vomi par un enfant de trois ans. — M. Nicolo Poulo adresse la traduction d'une lettre de M. Joannis Vouros, médecin en chef du département des Cyclades. J'ai eu, dit ce médecin, occasion d'observer récemment dans la ville de Syra, que j'habite, un fait des plus rares : un enfant mâle de trois ans et demi souffrait depuis quelque temps d'une helminthiase assez grave ; dans la nuit du 26 au 27 octobre 1834, après avoir vomi plusieurs fois, il a fini par rendre un embryon humain ; j'ai constaté que c'était en effet un embryon qu'on me présentait, et la police qui soupçonnait quelque fraude, a fait faire des recherches, d'où il est résulté qu'il n'y avait eu réellement aucune supercherie.

A l'occasion de cette lettre, M. Geoffroy Saint-Hilaire fait la communication suivante : M. Giraudet, médecin à Cusset, près Vichy, a eu occasion d'observer un cas tout semblable dans le courant de juin dernier. J'étais sur les lieux, et j'ai reçu au moment le produit vomi, que j'ai apporté conservé dans la liqueur et examiné avec M. Milne Edwards ; nous avons remarqué des faits de môle sans distinction d'organes spéciaux.

Co-existence de deux systèmes d'appareil respiratoire dans certaines aranéides. — M. Dugès, élu dans une des dernières séances, correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, adresse ses remercimens à l'Académie et lui communique une découverte qu'il a faite récemment.

Je m'occupais, dit-il, des aranéides et surtout de leur anatomie ; je venais de vérifier les observations de M. Léon Dufour qui a bien reconnu quatre stigmates ou orifices respiratoires à l'abdomen des *dysdères* et des *segestries*, genres fort voisin des *Clubiones* et des *araignées* proprement dites qui n'en ont que deux et fort différens des *mygales* qui en ont quatre aussi. La dissection m'a fait voir que la différence était aussi grande à l'intérieur qu'à l'extérieur. En effet les deux stigmates postérieurs des dysdères et des segestries ne s'ouvrent point comme les antérieurs dans une poche pulmonaire, mais bien dans un gros canal cylindrique corné et qui donne naissance à une multitude de trachées, c'est-à-dire de vaisseaux aérifères qui se répandent de toutes parts dans l'abdomen, le thorax et jusqu'aux extrémités des pates. Les stigmates antérieurs, au contraire, ne communiquent qu'avec une cavité renfermant une multitude de feuillets lamelleux, courte et constituant un poumon ou si l'on veut une branchie aérienne toute pareille aux deux du plus grand nombre des aranéides, aux quatre des mygales. Voilà donc des animaux respirant à la fois par des poumons, c'est-à-dire par des organes dans lesquels le sang vient chercher l'air comme chez les vertébrés, les annélides, les crustacés, les scorpions, et par des trachées, c'est-à-dire par des organes que l'air parcourt pour aller dans tout le corps chercher le sang et vivifier directement les parties intérieures, comme chez les insectes, les faucheux et les acarides.

A cette singularité assez piquante s'ajoute l'intérêt d'une transformation complète d'un de ces genres d'organes dans l'autre, puisque la deuxième paire de stigmates et l'appareil de trachées qui en dépend représentent évidemment la deuxième paire de poumons des mygales.

Nouveau procédé pour conserver le lait sous un petit volume. — M. Grimaud présente une préparation qu'il désigne sous le nom de *lactoline*, et qui, mêlée avec les neuf dixièmes d'eau, reproduit exactement la composition du lait frais dont elle conserve aussi la saveur. Cette substance, dit-il, se conserve indéfiniment sans que l'humidité et la chaleur l'altèrent ; elle offre ainsi un moyen de faire arriver le lait de pays très-éloignés jusqu'à Paris où les vaches, mal nourries et tenues dans des étables imparfaitement aérées, périssent presque toutes de la pommelière.

M. Braconnot, poursuit l'auteur de la lettre, a déjà essayé de faire une conserve de lait qui réduit cette substance au sixième de son volume, mais son procédé, qui est fondé sur la coagulation au moyen des acides, d'un côté prive le lait de ses sels, entre autres du sucre de lait, tandis que de l'autre il ajoute une quantité de sous-carbonate de potasse pour rendre le coagulum soluble. Cette préparation chimique diffère dès lors notablement du lait et n'en a plus du moins la saveur. La nouvelle préparation est due aux recherches de M. Gallais, ancien pharmacien, aujourd'hui fabricant de chocolats ; elle consiste à enlever la partie aqueuse par l'évaporation, non pas à chaud, car il y a toujours altération, quelque attention qu'on apporte à ménager le feu, mais en mettant successivement, par une agitation convenable, toutes les parties du liquide en rapport avec l'air froid.

Jusqu'à présent, poursuit l'auteur de la lettre, le lait n'avait été employé qu'à la fabrication du beurre ou du fromage ; la lactoline offre un troisième produit, un aliment à la fois très-agréable et très-sain.

Circulation dans les cellules aquatiques des plantes. — M. Richard fait, en son nom et en celui de M. Adolphe Brongniart, un rapport sur un mémoire de M. Pouchet, professeur d'histoire naturelle au Jardin des Plantes de Rouen, mémoire qui a pour titre : *Étude des globules circulatoires de la zanichellia palustris.*

Le mouvement de progression des fluides nutritifs dans l'intérieur des tissus végétaux, a été dans ces derniers temps l'objet de recherches suivies et de travaux importans. L'Académie des sciences a elle-même contribué à éclairer cette question en la donnant comme sujet du grand prix de physiologie de 1833. On sait en effet tous les développemens qu'elle a reçus dans le beau travail de M. Schultz, de Berlin, couronnée par l'Académie. Le mémoire qui fait l'objet de ce rapport, ajoute cependant plusieurs faits nouveaux à ceux qu'on avait observé jusqu'ici sur cette intéressante question.

C'est en 1772 que l'abbé Corti découvrit d'abord dans une espèce de *chara*, et plus tard, en 1774 et 1775, dans le *caulinia fragilis*, les mouvemens singuliers du fluide nutritif contenu dans les petits tubes allongés dont se compose la tige des plantes aquatiques.

Lorsqu'à l'aide d'un bon microscope, on examine un fragment détaché de la tige d'une de ces deux plantes, on aperçoit dans leurs cellules de nombreuses granulations d'une extrême ténuité, suspendus au milieu d'un liquide incolore. L'œil est d'abord frappé du mouvement confus de ces petits corps; mais insensiblement, on voit que leur mouvement est fort régulier, qu'il est indépendant dans chaque cellule, et qu'il suit constamment la même direction. Ainsi, entraînant avec lui les globules qu'il contient, il descend le long d'une des parois longitudinales de la cellule, se replie sur le diaphragme inférieur, remonte le long de la paroi longitudinale opposée, et arrivé au diaphragme supérieur, le traverse pour recommencer le circuit déjà parcouru.

Depuis un certain nombre d'années, les expériences de Corti ont été répétées sur le chara et sur plusieurs autres plantes aquatiques, sans qu'on ait beaucoup ajouté à ce qui avait été vu d'abord. Cependant de ces différens travaux résultent les faits suivans :

1° Le suc nutritif contenu dans les petits tubes et cellules des plantes aquatiques et de quelques plantes terrestres, se meut circulairement dans chaque cellule, en suivant la direction de ses parois intérieures. Ce mouvement est appréciable à l'aide des granules colorés qui nagent dans ce liquide.

2° La circulation dans une cellule est tout à fait indépendante de celle qui a lieu dans les autres cellules.

3° Les molécules contenues dans le fluide séreux sont, selon M. Meyen, des globules diversement colorés ou tout à fait incolores. Dans le premier cas, les réactifs chimiques indiquent que la matière colorante est de nature résineuse; dans le second cas, ce sont des grains de fécule.

Quant à la cause qui met ainsi en mouvement ces granules, nous ne croyons pas, dit le rapporteur, devoir développer ici les hypothèses émises par les auteurs qui se sont occupés de ces faits, et décider, par exemple, s'il est dû à l'action d'une pile voltaïque dont les élémens sont représentés par les petites granulations des parois des cellules, ainsi que le pense M. Amici, ou bien en suivant l'hypothèse de M. Meyen, il y aurait dans cette force quelque chose de comparable à l'attraction qui retient dans leur orbe les corps célestes.

Le mémoire de M. Pouchet contient des faits nouveaux et curieux qui peuvent être ainsi résumés :

1° L'auteur a reconnu dans le suc du *zannichellia*, deux sortes de vésicules mobiles, les unes opaques et hérissées de pointes, les autres transparentes et lisses.

2° Il a constaté dans ces vésicules une structure analogue à celle des vésicules polliniques.

3° Dans l'intérieur des vésicules lisses, il a vu des vésicules secondaires plus petites et des corpuscules d'une ténuité extrême.

4° Ces corpuscules analogues à ceux qui existent aussi dans les graines de pollen sont mobiles. Le plus souvent isolés les uns des autres, ils ont tous des mouvemens indépendans, quelquefois réunis en une masse irrégulièrement globulaire, ils se meuvent en totalité.

M. Pouchet établit ici une analogie entre les globules mobiles du *zannichellia* et les granules polliniques.

Ce travail, qui contient des faits nouveaux sur un sujet déjà traité par plusieurs naturalistes, nous paraît, disent en terminant les commissaires, le résultat d'observations faites avec beaucoup de soin et exposées avec sagacité et jugement. Nous proposons donc à l'Académie d'y donner son approbation et d'engager l'auteur à étendre ses recherches aux autres plantes dans lesquelles on a constaté l'existence des globules mouvans.

M. Legrand a achevé la lecture d'un mémoire sur l'emploi de l'or en médecine; nous en parlerons à l'occasion du rapport.

La séance s'est tenue pour la première fois dans la nouvelle salle.

Séance du 10 février.

M. Couerbe annonce qu'il a obtenu une quantité considérable de méconine, substance qu'il a fait connaître en 1830, et dont l'existence était encore regardée comme douteuse par plusieurs chimistes distingués.

Rapport sur un mémoire de M. Pallas, relatif à l'extraction du sucre contenu dans les tiges de maïs. — M. Deyeux fait, en son nom et celui de MM. Thénard et Darcet, un rapport sur un mémoire de M. Pallas, médecin à Saint-Omer.

Le sucre, dont l'usage est aujourd'hui si répandu, fut long-temps considéré comme un produit fourni exclusivement par l'*arundo saccharifera*, on reconnut pourtant par la suite que beaucoup d'autres plantes en contiennent également, et si on négligea de l'en extraire, c'est parce que les procédés pour l'obtenir n'étaient pas suffisamment connus. Achard, chimiste prussien, paraît être celui qui le premier s'occupa sérieusement de cette recherche; la racine de betterave fut celle qui attira d'abord son attention, et il parvint, en variant ses essais, à en obtenir un sucre dont les propriétés étaient égales à celle du plus beau sucre de canne. Un fait assez remarquable, c'est que cette découverte, loin d'être accueillie avec empressement comme elle le méritait, ne trouva d'abord que des détracteurs, et il a fallu beaucoup de temps pour surmonter le préjugé qu'ils avaient fait naître dans le public contre le sucre de betterave.

Le maïs est devenu après la betterave le sujet de beaucoup de recherches; le rapporteur donne un aperçu historique des travaux qui ont eu pour objet d'extraire le sucre de cette plante, mais comme nous en avons parlé précédemment dans l'analyse du mémoire de M. Pallas, nous ne le reproduirons point ici, non plus que la description qu'il donne du procédé suivi par ce médecin. Ses conclusions sont que l'auteur n'a pas suffisamment prouvé que les tiges de maïs contiennent un véritable sucre cristallisable, mais que comme il n'a pas épuisé toutes les expériences qu'il avait intention de faire, l'Académie doit l'engager à les suivre et avec d'autant plus de raison qu'elles pourront peut-être le conduire à découvrir d'autres plantes assez riches en sucre pour être cultivées en France, concurremment avec la betterave.

Mémoire de M. Edwards sur la gélatine. — M. Edwards, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, lit un deuxième mémoire sur la gélatine considérée comme substance alimentaire.

Dans le premier qui lui était commun avec M. de Balzac, l'auteur s'était occupé de déterminer l'influence de la gélatine sur le poids de l'être soumis à ce régime, et pour arriver à des résultats décisifs, les expériences avaient été faites sur des animaux dont on pouvait disposer à volonté et qu'on pouvait soumettre aux plus rudes épreuves; mais afin que les résultats fussent susceptibles d'application à l'homme, l'espèce choisie pour les expériences était celle dont les fonctions digestives se rapprochent le plus des nôtres.

Pour bien connaître les effets de la gélatine, il était nécessaire de l'employer dans deux états différens : 1° à l'état de pureté, et par conséquent fade et insipide; 2° convenablement aromatisée.

Dans le premier cas, il a été prouvé, tant par les effets sur le poids du corps que par la durée des êtres soumis aux expériences, que la gélatine à l'état de pureté est alimentaire, il est vrai, mais qu'elle ne suffit pas seule pour entretenir la vie, et qu'il en était pour elle comme M. Magendie l'avait constaté pour bien d'autres substances alimentaires, pour celle même qui fait l'aliment par excellence de l'homme civilisé, pour le pain de froment qui seul suffit pour entretenir la vie.

Les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient encore que le régime résultant de l'association du pain et de la gélatine était insuffisant, quoiqu'il retardât davantage le dépérissement que l'une ou l'autre des deux substances données isolément.

Quant à la *gélatine aromatisée convenablement*, c'est-à-dire aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, les expériences de MM. Edwards et Balzac montraient que cette substance ainsi modifiée possède des qualités éminemment nutritives, de sorte que cette addition donnait au régime précédent toutes les qualités nécessaires pour entretenir le poids du corps et même favoriser son développement.

Dans les expériences faites sur les chiens, il avait été possible de juger jusqu'à un certain point du plus ou moins d'activité et de forces dépendant des variations de régime, mais on n'était pas arrivé à une mesure exacte. Dans les expériences faites sur des hommes, la sensation d'abattement et d'énergie ne donnait encore que des à peu près, et il devenait indispensable d'avoir recours à quelque moyen mécanique pour apprécier avec la rigueur nécessaire les variations de forces; mais avant tout il était nécessaire d'observer si indépendamment du régime, il n'y avait pas de causes qui faisaient varier les forces, et, dans le cas où l'on en reconnaîtrait, savoir si ces variations seraient soumises à quelque loi régulière.

Au moyen du dynamomètre, M. Edwards s'est occupé de mesurer les forces d'un même individu à cinq époques différentes de la journée. Voici les résultats.

Depuis le lever, à sept heures du matin, jusqu'à une heure après midi, la force a été croissante; ensuite elle a décliné dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis lors jusqu'à onze heures du soir. Ainsi, la marche des forces musculaires a été ascendante dans la première moitié de la journée, et descendante dans la deuxième; enfin les moindres intensités ont eu lieu aux deux extrémités de la journée, surtout au commencement.

Lorsqu'on est à jeun, on peut éprouver depuis le lever un développement progressif des forces musculaires pendant une grande partie de la matinée, sans autre excitant que le jeu régulier de nos organes et l'action la plus douce des agens extérieurs, même à l'abri de l'air libre et des rayons directs du soleil.

L'influence de la nourriture semble donc être nulle en ce cas; cependant, comme il est bien certain que cette influence existe, pour en mettre en évidence les effets, il fallait changer de procédé. Le moyen auquel M. Edwards s'arrêta fut de faire l'essai du dynamomètre l'instant avant le repas, puis de le répéter immédiatement après et à des intervalles successifs.

D'après cette méthode, ayant pris l'état des forces à sept heures, à neuf heures et demie et à dix heures et demie, comme dans la série précédente, le déjeûner a eu lieu immédiatement après; aussitôt qu'il fût achevé, on fit de nouveau l'essai des forces musculaires, et l'on trouva qu'elles avaient considérablement augmenté : elles étaient accrues de 7°.

Chez des individus qui présentent en raison de leur âge une faiblesse relative dans une constitution saine et normale, il y a en général abaissement des forces musculaires immédiatement après le repas; mais cette tendance descendante, comme le prouvent les nombres observés, est beaucoup moins prononcée que la tendance en sens contraire qui a lieu dans d'autres circonstances.

Ce contraste entre les effets immédiats des alimens sur les forces musculaires, suivant la force ou la faiblesse des individus, mérite de fixer l'attention. L'élévation ou la dépression des forces qui suit l'ingestion des alimens, est pour ainsi dire instantané; c'est un effet de contact passager, et qu'il faut bien distinguer des effets subséquens dus à la digestion des substances ingérées. Cette opération commençant immédiatement après l'arrivée des alimens dans l'estomac, tend à concentrer vers cet organe les forces de l'individu, et par conséquent à contrebalancer leur effet. Ainsi, il y a après l'ingestion des alimens deux tendances opposées, et c'est seulement leur différence que fait connaître le dynamomètre. Cette différence est en moins chez les personnes faibles et en plus chez celles qui sont vigoureuses.

On pourrait penser que le rôle de la gélatine se borne à sustenter le corps sous le rapport des matériaux qui le constituent, mais que l'excitation des forces dépend uniquement de la partie sapide du bouillon. Pour décider cette question par l'expérience, deux espèces de bouillons ont été préparés qui ne différaient que par la quantité de gélatine aromatisée. Ainsi, dans l'un il y en avait deux onces, dans l'autre quatre, et pendant trois jours la personne qui avait servi pour les premières expériences à fait usage de ces bouillons. Celui qui ne contenait que deux onces de gélatine aromatisée a produit un accroissement de forces de 9°; celui qui en avait 4 a donné 11°,34.

Ainsi, dit M. Edwards, on peut énoncer en thèse générale que l'intensité d'action de la gélatine sur les forces musculaires tend à croître avec la proportion de cette substance d'où il suivrait que le bouillon fait avec deux onces de gélatine et une livre de viande, agirait ou tendrait à agir plus énergiquement sur les forces musculaires que le bouillon ordinaire préparé avec quatre livres de viande.

L'influence fortifiante de la gélatine par elle-même a été confirmée par un nouveau résultat, c'est que l'action fortifiante du bouillon avec le maximum de gélatine a eu non seulement une plus grande intensité, mais aussi une plus grande durée, car il ne faut pas supposer que ces deux termes, intensité et durée, soient toujours en rapport.

Pour ne laisser aucun doute sur la part active de la gélatine dans l'élévation des forces, M. Edwards a essayé la gélatine pure extraite des os par l'appareil de l'hôpital Saint-Louis ; une solution prise trois jours de suite aux mêmes heures et dans les mêmes circonstances que les précédentes a donné un accroissement notable de forces.

Ici se terminent les expériences faites par M. Edwards. Une troisième partie qu'il fera imprimer, mais qu'il ne se propose pas de lire à l'Académie, est relative à la partie pratique de la question, et se compose des faits observés en différens lieux, classés et discutés par l'auteur.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 3 février.

Luxations de l'épaule. — M. Malgaigne adresse une lettre en réponse à celle de M. Sédillot qui l'accuse d'avoir exploité, dans son mémoire sur les luxations de l'épaule, des idées qui lui sont propres et qui se trouvent dans le mémoire que lui-même a présenté à l'Institut. M. Malgaigne expose les analogies et les dissemblances qui se trouvent dans l'un et l'autre travail : M. Malgaigne a, le premier, décrit et dénommé la voûte acromio-caracoïdienne (*Journal des progrès*, tome III) ; avant M. Sédillot il en a déduit les conséquences relatives à l'allongement du membre ; parmi les divers genres de luxation admis par M. Sédillot, il en est une la *sous-coracoïdienne*, que M. Malgaigne a dénommée et décrite en 1830. M. Malgaigne décrit autrement et plus complétement que M. Sédillot la luxation que celui-ci nomme *scapulaire* et M. Malgaigne sous-scapulaire. Quant à la luxation *immédiate en arrière* (Sédillot) ou *sous-scapulaire* (Malgaigne), celui-ci l'avait aussi décrite en 1830.

— Nouvelle lettre de M. Robert sur le choléra de Marseille.

— Le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie l'ordonnance suivante :

Louis-Philippe, etc. Vu l'ordonnance royale du 20 décembre 1820, portant création de l'Académie royale de médecine, etc. Sur le rapport de notre ministre... nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. 1. Il n'y aura plus à l'avenir, dans le sein de l'Académie royale de médecine, qu'une seule classe de membres résidens, jouissant tous des mêmes droits et prérogatives.

2. Le réglement de l'Académie sera modifié conformément à l'article précédent.

3. Les ordonnances des 20 décembre 1820, 6 février 1821, 18 octobre 1829, 15 septembre 1833, ne cesseront d'être exécutées qu'en ce qui serait contraire à la disposition de l'article 1er de la présente ordonnance.

4. Notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Paris, 20 janvier 1835. Signé Louis-Philippe. (Applaudissemens.)

Le Conseil va s'occuper de mettre les réglemens en harmonie avec la présente ordonnance.

— M. Lodibert demande que, dans le tableau de l'Académie, qui est sous presse, MM. les adjoints figurent comme titulaires. (Cela va de droit.)

Le président annonce que M. Bédor, de Troyes, membre correspondant, est présent à la séance.

Correspondans étrangers. — M. Breschet lit un rapport sur les remplacemens à faire parmi les membres associés et correspondans étrangers, et présente une liste de 225 noms, qui provoque de nombreuses réclamations sur certaines admissions trop faciles, et sur quelques omissions telles que celles de M. Mojon, qui n'a quitté Gênes que provisoirement.

— M. Marc demande l'impression de la liste, pour qu'on puisse y réfléchir. M. Nacquart s'oppose à l'impression qui susciterait des réclamations sans fin et ferait le plus mauvais effet, comme cela s'est vu, il y a quelques années, lorsqu'il s'est agi de nommer des adjoints à l'Académie.

— M. Marc fait observer qu'ici le cas est différent : il s'agit d'étrangers qui ne pourront obséder les académiciens.

Plusieurs membres parlent pour et contre. M. Adelon demande, en vertu du réglement, que cette liste soit discutée en comité secret. (Adopté.)

— M. Gimelle fait un rapport sur le mémoire d'un M. Guillaume, mécanicien, qui prétend qu'on peut guérir toutes les maladies avec l'eau-de-vie. Dans ce rapport, fait sur les instances réitérées de l'auteur et par suite du ministre, M. Gimelle conclut qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération ce travail d'un homme étranger à la médecine et qui n'écrit pas même l'orthographe.

— M. Velpeau fait un rapport sur des *Mémoires de clinique chirurgicale*, par M. Vallat, de Montpellier. Le rapporteur fait l'éloge de l'auteur et propose de le porter sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

— M. Velpeau fait un autre rapport sur un travail de M. Lesauvage, de Caen, intitulé *Recherches sur les annexes du fœtus humain.*

Ce mémoire a pour but de démontrer :

1° Que dans l'étude de l'œuf, il vaut mieux commencer par l'état adulte que par l'état embryonnaire. 2° Que toutes les erreurs émises à l'occasion de la membrane caduque tiennent à ce qu'on a méconnu les analogies de cette tunique avec les pseudo-membranes des surfaces séreuses enflammées. 3° Que l'amnios forme seul une gaîne au cordon. 4° Que le chorion est un sac sans ouverture, séparé de l'amnios par les vaisseaux ombilicaux, l'allantoïde et un parenchyme cellulo-vasculaire, et qu'il est bifolié ou multifolié. 5° que la couche interne du chorion et la couche externe de l'amnios appartiennent à l'allantoïde. 6° Que près de la ra-

cine du cordon, un peu au dessous de l'adhérence de l'amnios, on trouve assez souvent une fente qui est le lieu où s'ouvrait l'ouraque. 7° Que les vaisseaux omphalomésentériques se terminent parfois brusquement en forme de capsule de gland vers le milieu de la vésicule ombilicale. 8° Que cette vésicule est multifoliée et placée entre l'allantoïde et le chorion. 9° Qu'elle ne peut pas être comparée au vitellus des oiseaux. 10° Que le fluide de l'allantoïde n'est nullement émulsif. 11° Que la vésicule erythroïde décrite pas M. Pockels doit jouer un grand rôle dans la théorie des monstruosités. 12° Que les granulations qu'on rencontre à la surface du cordon de la vache sont le premier degré d'un ver vésiculaire. 13° Que le système vasculaire organise le placenta comme les séreuses produisent les pseudo-membranes. 14° Que c'est une puérilité de demander si la caduque passe ou ne passe pas sur le placenta. 15° Que le nouvel être se nourrit pas absorption. 16° Que les vaisseaux ne communiquent, et qu'il n'est utile de lier le cordon du premier né dans les grossesses multiples que s'il n'existe qu'un seul chorion pour les différens fœtus. 17° Que le placenta ne fait pas subir de modification au sang qui le traverse. 18° Enfin, que la respiration a pour office spécial d'*introduire dans le sang un principe indispensable à la production du phénomène électro-chimique qui détermine la contraction musculaire*, et qu'elle doit être séparée des fonctions nutritives.

Ces propositions, dit M. Velpeau, sont appuyées sur quelques observations et sur des raisonnemens que l'auteur croit inattaquables. M. Lesauvage n'est content d'aucun des travaux publiés depuis 30 ans sur l'œuf des mammifères. Ce qu'il avance du chorion mérite d'être pris en considération; le bourrelet qu'il dit avoir observé sur la vésicule ombilicale est un fait curieux; l'exemple qu'il rapporte d'un œuf à terme, sans eau de l'amnios, avec accouchement pénible et déviation de la tête du fœtus, offre aussi un certain intérêt. J'en dirai autant des houches vasculaires, accompagnées du renflement ovoïde qu'il signale à l'extrémité des filamens du chorion, et que j'ai moi-même décrits sous le titre de granulations. Ses raisonnemens, bien qu'un peu vagues et sans preuves concluantes, annoncent un esprit cultivé, une grande ardeur pour l'étude, etc., et bien que le mémoire attaque souvent d'une manière très-sévère M. Velpeau, il n'en conclut pas moins à l'insertion textuelle dans les fascicules, et demande que des remercimens soient adressés à l'auteur.

— M. Lisfranc présente un individu qui fut affecté d'un charbon de la face intéressant les paupières et qu'il a guéri par le cautère actuel.

Un membre inférieur amputé pour une exostose fongueuse de l'extrémité inférieure du fémur.

Un individu portant des doigts et des orteils surnuméraires, vice de conformation héréditaire.

Séance du 10 février.

M. Villeneuve, au nom des anciens membres adjoints, remercie les membres titulaires qui ont signé la pétition par suite de laquelle a été rendue l'ordonnance royale qui abolit le titre d'adjoint.

— M. Lepelletier, de la Sarthe, membre correspondant, se porte candidat pour la place de membre titulaire, s'appuyant sur ce qu'il a fixé son séjour à Paris.

Préservatif de la syphilis. — Le ministre demande à l'Académie un rapport sur un moyen prétendu préservatif de la contagion vénérienne.

— M. Bourdois de la Motte rappelle qu'un médecin de l'ancienne Faculté, Préval, prétendant avoir trouvé un secret de ce genre, la Faculté ne voulut permettre les expériences qu'après en avoir référé au parlement qui refusa l'autorisation, et Préval fut rayé du nombre des docteurs régens.

— M. Lodibert rapporte qu'un nommé Collet ayant proposé comme préservative une pommade composée de gomme élastique dissoute dans l'huile de Lavande, eut à subir les poursuites de la police.

Le président veut suspendre la discussion, considérant qu'il y a une commission de nommée. M. Chevallier fait observer que l'Académie ne fait que citer des faits dont la commission pourra faire son profit. Il rappelle que M. Coster a présenté les lotions de chlorure de chaux comme préservatives de la syphilis et que plusieurs brevets d'invention ont même été pris pour de semblables recettes.

— M. Ferrus dit qu'il y a trois ans un semblable moyen a été présenté à la Faculté et rejeté par elle.

— M. Boullay apprend que le moyen dont il s'agit aujourd'hui consiste en une décoction de plantes parmi lesquelles l'ail est la plus active.

— M. Rochoux sans blâmer les décisions précitées pense que ce serait rendre un grand service à l'humanité que de découvrir un pareil remède. Plusieurs membres sont de son avis et ajoutent que dans les remèdes dont on a fait mention la plupart n'ont été rejetés qu'à cause de leur inutilité.

— M. le président annonce la mort de Dupuytren et de Fodéré.

Framboesia. — M. Bédor, de Troyes, lit une observation de Framboesia ou pian par lui recueillie à l'Hôtel-Dieu de Troyes. Il s'agit de végétations framboisées occupant les parties antérieure externe et inférieure de la cuisse droite, traitées antérieurement par M. Biett comme un framboesia; le malade n'a jamais eu aucun symptôme de syphilis, et n'a communiqué son mal à personne. M. Bédor incline à considérer cette affection comme scrophuleuse. A l'observation sont joints des dessins coloriés qui passent sous les yeux de l'Académie.

— MM. Rochoux, Chervin et Gérardin ne reconnaissent pas dans ces dessins le framboesia des colonies. M. Bédor, qui a voyagé aux Antilles, convient de la dissemblance; mais il admet des modifications possibles par le climat et s'appuie de l'autorité de M. Biett.

— Rochoux fait ressortir la ressemblance du pian avec les pustules vénériennes humides, décrites par M. Cullerier, pustules assez rares et qui ont pour siége le réseau muqueux.

— M. Emery dit que les pustules humides ne sont pas rares, surtout chez les femmes. L'existence du réseau muqueux n'est rien moins que démontré, et le cas offert par M. Bédor offre beaucoup d'analogies avec certains eczémas dégénérés.

— M. Bédor a donné cette observation comme un cas rare de framboesia indigène, non syphilitique et non contagieux.

— M. Moreau fait ressortir la confusion qui dérive des synonimies ; il paraît résulter de la discussion que le framboesia peut se produire sans cause vénérienne, tandis que le pian est toujours un symptôme grave et contagieux de la syphilis ; il prétend que, dans les guerres de l'empire, des prisonniers espagnols importèrent à Dijon une épidémie de pian essentiellement syphilitique, pian qu'il ne faut pas confondre avec le framboesia décrit par M. Bédor.

— M. Rochoux, pour la rareté des pustules, invoque M. Cullerier, et, pour l'existence du corps muqueux, le travail de M. Gaultier. M. Emery dit que, depuis Gaultier, M. Gerdy a fait des recherches sur le même sujet, et que M. Breschet, qui a travaillé sur le même objet, peut dire ce qu'il en pense.

Réseau muqueux. — M. Breschet donne comme résultat de ses recherches que les papilles sécrétoires du derme exhalent un liquide dont la couche superficielle, se concrétant, constitue l'épiderme, tandis que la couche profonde reste liquide, et a reçu le nom de réseau muqueux par Malpighi, qui s'est laissé tromper par l'apparence réticulaire ; or, il y a erreur à dire que ce réseau soit formé par des vaisseaux, il est tout à fait inorganique. Les figures de Ruysch sont imaginaires.

La note de M. Bédor est renvoyée au comité de publication.

Tumeur de nature douteuse. — MM. Montault et Manec présentent un individu qui porte, sur le sommet de l'épaule gauche, une tumeur du volume du poing, offrant des battemens isochrones à ceux du pouls, battemens qui cessent par la compression de la sous-clavière au-dessus de la clavicule. L'humérus est, en outre, luxé sous l'apophyse coracoïde. L'affection a pris naissance, il y a deux mois, par suite de la chute d'une croisée à coulisse sur l'épaule du malade.

L'Académie se forme en comité secret pour l'élection des correspondans étrangers.

Séance du 17 février.

Préservatif de la syphilis. — Charlatan. — Réseau muqueux. — Luxations congéniales. — Monstruosité.

Le secrétaire de la Société homœopathique adresse à l'Académie une de ses leçons sur l'homœopathie, comme document pour la commission chargée du rapport sur cette doctrine.

— M. Servant adresse un échantillon de papier vert pour envelopper des bonbons, qui contient de l'arsenic. Renvoi à une commission.

— M. Dubois (d'Amiens) adresse un paquet cacheté, contenant le plan d'un ouvrage sur l'hygiène, dépôt motivé sur ce qu'on a revendiqué le plan de sa pathologie générale.

— M. Gannal adresse des observations sur les qualités peu nutritives du pain de fécule de pomme de terre. Renvoi de cette lettre à la commission chargée de cet objet. Quelques membres faisant observer que cette commission n'existant pas ou ne pouvant arriver à aucune solution faute de renseignemens suffisans, le bureau prononce le dépôt aux archives.

— M. le secrétaire commence la lecture d'une lettre anonyme, dont l'auteur prétend posséder un moyen préservatif de la syphilis. Plusieurs membres soutiennent vivement qu'il n'est pas dans les convenances de lire une lettre anonyme. D'autres soutiennent qu'il faut s'en rapporter au bureau qui a jugé convenable d'en faire la lecture. L'Académie consultée décide à la majorité des voix que la lecture sera continuée. L'auteur a constaté par l'observation l'efficacité du moyen qu'il propose. Il a fait sur ce sujet un mémoire qu'on l'a dissuadé de lire à l'Académie, à cause de la réprobation attachée aux expériences de cette nature. Aujourd'hui que la question est soulevée, il demande si l'Académie consentira à l'entendre ou à recevoir son travail. Quant aux expériences, elles peuvent être faites sans blesser la morale, par la simple application du pus et sur des animaux. Tels sont les points fondamentaux de son mémoire : 1° dans les théories de l'irritation ou de l'absorption, il faut un certain temps pour que l'une ou l'autre se développe ou s'accomplisse ; 2° en enlevant la cause de l'irritation ou la matière de l'absorption avant que ces phénomènes aient lieu, on prévient infailliblement les conséquences ; 3° les lotions abondantes et scrupuleusement faites aussitôt après le coït, avec de l'eau pure ou même l'urine, suffisent dans tous les cas. La vérification et l'adoption de ces aperçus auraient d'immenses résultats. C'est ainsi que, dans l'espace de 27 mois, la garnison de Paris, forte alors de 15,000 hommes, a fourni plus de 1,300 vénériens dans le seul service du Val-de-Grâce ; il y aurait donc intérêt, pour le trésor comme pour la santé publique et les individus en particulier, à déraciner cette funeste infection. Signé X, *docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre de plusieurs Sociétés médicales françaises et étrangères.*

— M. Adelon conçoit pourquoi l'auteur a caché son nom ; le sujet même le lui commandait. Il pense qu'une commission pourrait recevoir son mémoire. M. Delens craint qu'on ne veuille exploiter l'Académie comme on le fait tous les jours et que du moment où une commission aura été nommée les journaux ne rétentissent de l'annonce d'un spécifique *approuvé* par l'Académie. Le silence de l'auteur se conçoit pourtant et si quelque membre le connaissait et pouvait répondre de sa moralité, on pourrait se rassurer à cet égard.

— M. le président demande si quelqu'un connaît l'auteur ; personne ne répond. L'Académie passe à l'ordre du jour.

— M. Emery demande la parole sur un prospectus distribué à l'Académie par M. Hossard qui n'est pas médecin et qui traite les difformités de la taille. Il y a plus d'un an qu'il présenta à l'Académie des sujets difformes qu'il prétendait guérir en 6 mois, tandis que des médecins honorables dont il affichait les consultations demandaient 18 mois pour obtenir la guérison. Or ces malades n'ont pas été représentés à la commission nommée à cet effet. Aujourd'hui M. Hossard revient avec d'autres malades et recommence les mêmes manœuvres, dans le but d'abuser encore de la tolérance de l'Académie, dont il annonce dans ses prospectus, avoir

reçu l'*approbation*, passage qu'il a effacé dans les exemplaires qu'il nous adresse. Est-il de la dignité de l'Académie de souffrir que des charlatans se servent ainsi de son autorité ; est-il séant qu'elle s'occupe encore de M. Hossard ?

Plusieurs membres s'élèvent avec chaleur contre l'impudence des intrigans qui journellement s'autorisent de l'Académie. M. Villeneuve demande qu'une commission soit nommée pour aviser au moyen de prévenir de tels abus. Cette proposition est adoptée à l'unanimité : Commissaires, MM. Marc, Villeneuve, Adelon, Emery et Planche.

— M. Duméril fait observer que les charlatans éludent l'accusation de mensonge, en disant : *Présenté à l'Académie*, au lieu de *Approuvé par l'Académie*, ce à quoi le public se laisse prendre.

— M. Rochoux, à propos du procès-verbal, communique ses motifs de croire à l'existence du réseau muqueux. La pathologie, dit-il, est ici un guide peut-être aussi sûr que l'anatomie et l'on peut se demander où est le siége des exanthèmes, si ce n'est dans le réseau muqueux. Ni l'épiderme, substance inorganique, ni le derme, tissu dense et presque privé de vaisseaux, ne peuvent être le siége de ces colorations diverses. Quant au pian, l'auréole qui entoure les végétations, auréole sensible chez les blancs, inapercevable chez les nègres où elle est masquée par la noirceur de la peau, cette auréole ne peut avoir son siége que dans le réseau muqueux.

— M. Breschet ne nie pas le réseau vasculaire sous-épidermique, mais il le distingue de cette sécrétion inorganique appelée corps muqueux de Malpighi. Ses idées à cet égard sont développées dans un mémoire inséré dans les *Annales des sciences naturelles*. De plus il existe sous l'épiderme des lymphatiques qui peuvent s'injecter et des glandules excrétoires du derme, étudiées par Fohmann.

— M. Capuron : Vous n'ignorez pas que M. Cruveilhier nie l'existence des glandules.

— M. Breschet : Une négation ne détruit pas un fait anatomique. Le même membre présente plusieurs bassins ayant appartenus à des individus affectés de luxation congéniale, et que lui a communiqués M. Flaubert, de Rouen. On voit que les vices de l'articulation résultent du défaut de développement simultané de la cavité cotyloïde et de la tête du fémur, qui va s'appuyer et former une fausse articulation sur un point de la région iliaque.

— M. Bourjot Saint-Hilaire présente un fœtus monstrueux, envoyé par M. le docteur Petit-Mengin, de Remiremont, à M. Geoffroy Saint-Hilaire. Chez cet enfant qui a vécu 6 heures, on observe : 1° une cetiomélie thoracique ou avortement complet des membres supérieurs ; 2° un bec de lièvre double avec fissure très-étendue de la voûte palatine et du voile (*os fissum* de Nicati, *gueule de loup* des Allemands). Chacune de ces monstruosités en particulier n'est pas rare ; mais bien leur réunion sur le même sujet. Herzberg, de Berlin (1825), en a décrit un cas chez un veau, mais l'avortement des membres était incomplet. A la Ménagerie du Jardin des plantes, ajoute M. Bourjot, il existe actuellement un veau vivant ayant deux corps inégaux réunis par la partie inférieure du rachis, mode de conjonction que Meckel avait peine à croire possible.

—

Séance du 24 février.

Bouts de sein.—Pièces pathologiques. — MM. Esquirol et Leuret adressent une lettre du docteur Colchi sur des expériences relatives à l'électricité appliquée au système nerveux et musculaire, expériences que ces Messieurs ont répétées eux-mêmes. Nous parlerons de ce travail lorsque la commission nommée aura fait son rapport.

— M. Coster rappelle que, dès 1828, il a proposé les lotions chlorurées comme un moyen préservatif de la syphilis ; et que la commission nommée à cette époque n'avait point fait son rapport. (La commission est priée de se presser.)

— M. X. envoie son Mémoire sur un moyen préservatif de la syphilis avec son nom dans un billet cacheté. Le bureau propose une commission. Après quelque opposition, sont nommés commissaires MM. Cullerier, Boullay, Gimelle, Desgenettes, Gasc, Danyau et Poirson.

— MM. Roux, Adelon, Duméril et Nacquart, demandent que le billet qui contient le nom de l'auteur ne soit ouvert qu'après le rapport de la commission dans l'intérêt même, de l'auteur et de la justice et conformément aux usages académiques. (Adopté.)

— M. Bourjot envoie la description détaillée du fœtus monstrueux présenté dans la dernière séance.

— L'héritier de feu M. le docteur Maret adresse à l'Académie les manuscrits de ce médecin, d'après le vœu du testateur.

— M. Hossard ayant réclamé contre les inculpations injurieuses à lui adressées dans la dernière séance, M. Cornac lit une affiche que cet homme fait distribuer sur la voie publique, et où règne le charlatanisme le plus effronté ; M. Cornac demande que la commission qui fut nommée pour examiner ses malades soit dissoute.

— M. Duméril engage l'Académie à considérer que l'Institut a nommé une commission dont lui-même fait partie ; qu'il trouve l'appareil de M. Hossard ingénieux et expéditif, sans préjuger le résultat final ; et que l'Académie doit considérer le fond sans s'attacher à la forme. Plusieurs voix : Ce n'en est pas moins un ignoble charlatan. D'autres voix : Mais il n'est pas médecin, que nous importe !

— M. Desgenettes fait observer que c'est le servir que de s'occuper de lui. (L'Académie passe à l'ordre du jour.)

— M. le président annonce que dans la première séance on s'occupera de nommer des commissions pour la séance publique et pour les sujets de prix.

— M. Paul Dubois lit un rapport favorable sur le bouts de sein ou tétine de vache desséchée et sur les biberons de madame Lebreton.

— M. Baudelocque, contrairement à l'opinion du rapporteur, dit avoir vu souvent des aphtes résulter de l'usage de ces bouts de sein.

— M. Deneux fait l'historique de ces bouts de sein usités dès 1759, et du procès survenu à ce sujet entre madame Lebreton et M. Perrochel. Il a vu souvent aussi des aphtes suivre leur usage : ils se corrompent facilement.

— M. Dubois répond qu'il n'a pas eu à examiner la question de priorité, et qu'il n'a prononcé que sur des faits.

Dans huit cas où il en a vu faire usage, M. Jules Clo-

quet n'a jamais observé d'accidens. M. Boullay assure que ces bouts de sein se conservent très-long-temps dans l'eau. M. Nacquart regrette que le rapporteur n'ait pas fait ressortir les avantages des bouts de sein en liége.

— M. Gérardin dit que les mamelons de M. Perrochel sont plus parfaits que ceux de madame Lebreton ; et qu'en outre, il les livrait à très-bas prix et dans un but d'humanité. Du reste tous ces mamelons sont difficiles à nétoyer ; l'immersion dans l'eau ne suffit pas pour les dégager du caséum qui les corrompt. M. Capuron insiste sur leurs inconvéniens. Plusieurs autres membres parlent pour et contre.

— M. Londe propose d'ajouter aux conclusions du rapport que ces mamelons n'ont pas d'avantages sur ceux de M. Perrochel qui sont beaucoup moins chers, ni sur ceux en liége. M. Moreau parle dans le même sens ; ceux de M. Perrochel ont l'immense avantage d'être moins chers (35 cent. au lieu de 5 fr.), et ceux en liége valent peut-être mieux, ce qu'il convient de dire dans le rapport.

— M. Adelon voit dans cette addition une chose obligatoire. Après une longue discussion où les avis sont étrangement partagés sur la valeur de ces mamelons, l'Académie adopte les conclusions avec l'amendement proposé par MM. Londe et Moreau.

— M. Boullay veut lire un Mémoire; mais l'Académie n'est plus en nombre.

M. Amussat présente un enfant de neuf ans affecté de contracture du muscle sterno-mastoïdien, avec inclinaison latérale de la tête, suite d'abcès ; il se propose de diviser ce muscle. Il présente comparativement l'homme auquel il a fait cette opération pour un torticolis incurable.

— M. Sanson présente 1° un anévrisme poplité dont le sac est dégénéré en cartilage, avec oblitération des artères de la jambe et gangrène sèche consécutive, qui ont nécessité l'amputation de la cuisse ; 2° une fausse articulation résultant d'une fracture en biseau de l'extrémité supérieure du fémur accompagnée de fracture récente ; 3° un os sésamoïde volumineux développé dans le tendon de l'extenseur du gros orteil, dont il a fait l'extraction.

— M. Lisfranc présente 1° un cancer du sein provenant d'une femme; pièce où l'on voit la dégénération des ganglions à divers degrés, depuis le squirrhe jusqu'au simple engorgement guérissable par les antiphlogistiques et les fondans ; 2° un cancer de la mamelle chez un homme, avec tubercules sous-cutanés qu'on croirait développés dans l'épaisseur de la peau, qui n'est qu'amincie.

— M. Leroy (d'Etiolles) présente deux vessies, l'une offrant deux tumeurs fongueuses et plusieurs fausses routes dans l'épaisseur de la prostrate cancéreuse, l'autre offrant une vaste loge où existait un calcul étranglé par l'ouverture de passage, et qui simule une vessie bilobée.

COMPTE-RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 *décembre* 1834. — M. Tanchou a la parole à l'occasion du procès-verbal ; l'influence des indigestions sur l'économie animale est plus grande qu'on ne le pense généralement, dit ce médecin ; il y a peu de temps je fus appelé pour donner des soins à une dame de Saint-Denis, attaquée d'une affection grave de la matrice qui me parut nécessiter l'amputation du col de cet organe. Au moment de mon arrivée pour pratiquer cette opération, la malade éprouvait quelque peu d'inquiétude et d'hésitation que j'attribuai à la crainte des souffrances qu'elle savait devoir ressentir. A peine les tissus furent-ils entamés, qu'il s'échappa une assez grande quantité de sang ; bientôt le pouls devint petit, la peau se refroidit, enfin la malade tomba en syncope. Cet état dura quelque temps, puis après cette dame se plaignit de nausées et d'envies de vomir ; presqu'aussitôt elle rendit trois ou quatre cuvettes d'alimens dont elle s'était gorgée le matin ; toutes les fois qu'elle fut obligée de faire des efforts pour vomir, il s'écoula par la vulve beaucoup de sang ; pendant plusieurs jours, elle éprouva des coliques violentes qui ne se calmèrent que lorsque je fis cesser le tamponnement du vagin ; il sortit alors par l'anus une assez grande quantité de matières alimentaires non digérées. M. Tanchou termine cette communication en faisant remarquer combien il est imprudent de manger avant de subir une opération, surtout lorsque les alimens sont de nature à être difficilement digérés. Il est bien certain que les indigestions sont plus fréquentes lorsqu'on a pris des substances fades que quand on s'est nourri d'alimens stimulans.

M. Maingault demande si cette hémorrhagie n'a pas paru extraordinaire à M. Tanchou, et si ce médecin pense que ce soit chose fréquente dans ces sortes d'opérations ; il voudrait savoir à quelle hauteur l'amputation du col de l'utérus a été pratiquée. Chez quelques sujets les artères utérines sont extrêmement développées, et on conçoit facilement qu'elles donnent une grande quantité de sang lorsqu'elles sont ouvertes ; il est très-possible que cela se soit passé ainsi chez la malade dont il vient d'être parlé, et on pourrait alors se rendre compte de l'indigestion par le trouble que l'hémorrhagie a dû causer dans toute l'économie, indigestion qui du reste pourrait encore s'expliquer par l'influence du moral sur le physique chez une personne qui s'attendait à une opération longue et douloureuse.

M. Tanchou conçoit très-bien l'émotion générale que sa malade devait éprouver, aussi ne considère-t-il pas l'hémorrhagie comme ayant été causée par l'indigestion qui se préparait déjà lorsqu'il a procédé à l'opération.

M. Jacquemin offre à la société d'apporter plusieurs acarus de la gale et de les soumettre à l'observation microscopique ; appelé à donner des soins à un grand nombre de galeux, il a contracté l'habitude d'extraire cet insecte avec la plus grande facilité ; cette proposition est acceptée.

DEVILLE.

Le secrétaire général,
FORGET.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 3. — MARS 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Sur l'ophthalmologie; par le Dr C. Canstatt.

(PREMIER ARTICLE.)

Les variations infinies que nous observons dans les affections morbides de l'œil, ne dépendent pas seulement de la grande variété des tissus qui composent cet organe, ou de sa situation périphérique, ou de ce nombre d'influences nuisibles, à l'action desquelles il se trouve exposé par cette situation même, ou de l'exercice fonctionnel continu auquel il est forcé; non, je crois qu'outre toutes ces causes le rapport intime et plutôt physiologique que matériel de cet organe noble à la totalité de l'économie animale est une source féconde de ses altérations morbides. L'œil semble être de même le miroir du corps, comme il est le miroir de l'ame. Il est à comparer à un réactif subtil, dont les changemens nous informent aussi bien des troubles qui se passent dans le physique, comme de ceux qui se font dans le domaine moral de l'homme. Et cependant la destruction peut s'étendre sur les deux yeux, sans que le reste de l'organisme n'en souffre essentiellement. D'autre part, c'est souvent dans l'œil que le germe des dyscrasies qui minent le corps, comme la syphilis, l'arthrite, les scrofules, se fait apercevoir avant qu'on en puisse découvrir de traces dans d'autres organes. Il est certainement remarquable qu'un organe puisse en même temps se trouver dans une isolation et liberté presque parfaites de l'exercice de ses fonctions, et dans des rapports intimes avec toute l'économie animale, tels que nous les observons dans l'organe de la vue.

C'est à cause de cette infinité de rapports et de l'admirable individualité de l'organisation de l'œil, dans laquelle semblent se répéter tous les systèmes et tous les tissus de l'organisme sur une échelle extrêmement élevée, que nous retrouvons dans cet organe comme de petites copies en miniature de presque toutes les formes morbides auxquelles la grande machine humaine est assujettie. L'œil n'a pas des maladies particulières toutes seules à lui. Ses maladies se développent par les mêmes causes, après les mêmes lois, avec des phénomènes tout analogues à ceux qu'on observe dans les affections de l'organisation en général. Ce sont toujours les mêmes lois de la nature, immuables et fixes, qui président à toutes ses créationss et productions; dans les actions de la nature rien n'est caprice, rien n'est accident; et se productions morbides mêmes n'en font point d'exception; elles occupent toujours tel ou tel tissu, quelle que soit la partie du corps qu'elles affectent; elles se caractérisent par tel ou tel signe constant dans toutes les circonstances et dans les organes les plus différens. L'image de

la maladie ne paraîtra modifiée et réfractée que par l'influence de l'organisation propre à l'organe affecté, de sa fonction, de sa situation, etc., etc. Il en est de même des maladies de l'œl. Les scrophules, le rhumatisme, l'arthrite, le catarrhe, la syphilis, les exanthèmes, la maladie psorique, les blennorrhées, les hydropisies, etc.; enfin toutes les maladies que nous observons dans les autres organes de l'économie, se rencontrent aussi dans les yeux et y engendrent des formes pathologiques tout-à-fait analogues; elles choisissent les mêmes tissus pour leur siége, elles se distinguent par des phénomènes semblables, souvent même entièrement identiques. Un ulcère scrophuleux, arthritique, syphilitique de la cornée transparente de l'œil présente le même caractère essentiel qu'un ulcère du même nom dans la gorge, aux pieds, au cou. La marche et les phénomènes d'une ophthalmie catarrhale, rhumatismale, d'une ophthalmo-blennorrhée ne sont pas différens de la marche et des phénomènes d'un catarrhe ordinaire, d'une inflammation rhumatismale de tout autre tissu fibreux, d'une gonorrhée, etc.

Observons seulement que l'œil étant un organe distingué par une individualité bien plus élevée de presque tous les autres organes, toutes ses maladies doivent aussi porter l'empreinte de cette individualité marquée; ces symptômes doivent se dessiner sous des contours bien plus saillans et se prêter avec beaucoup plus de facilité à l'œil de l'observateur. Même les phénomènes de maladies *latentes*, comme nous avons déjà dit, se prononcent souvent dans les yeux avant que nous ayons pu présumer leur existence, en ne nous attachant qu'au témoignage d'autres organes.

L'œil étant un réactif aussi subtil des altérations de l'organisme, il est superflu de faire valoir l'importance de l'étude de ses affections morbides. Qu'on me permette seulement de faire sortir une raison convaincante des avantages que nous avons à attendre des recherches sur les maladies des yeux, ainsi que de celles sur les affections cutanées et dites chirurgicales, pour les progrès de la science pathologique en général. Nos jugemens sur l'action morbide ne sont basés que sur l'observation de ses phénomènes, ou des caractères par lesquels elle se manifeste à l'extérieur : ces phénomènes sont de double genre : phénomènes, qui se rapportent à la fonction, phénomènes fonctionnels, *physiologiques*, et phénomènes qui se rappportent aux altérations de la matière organique, phénomènes organiques ou *anatomiques*. La totalité de l'image de la maladie n'est formée que par l'ensemble de ces deux ordres de symptômes. Pour ce qui concerne nos connaissances des maladies dites internes, nous ne pouvons le plus souvent que les puiser dans l'observation d'un seul ordre de symptômes, savoir de symptômes physiologiques. Les symptômes organiques nous restent inconnus aussi long-temps que le malade vît. Ce n'est qu'au moyen des recherches de l'anatomie pathologique que nous apprenons un peu de ce qui se passe dans la matière organique même par l'effet de l'action morbide. Et cependant cette *anatomie pathologique* du *corps mort*, et de tous les résidus de la maladie, cette anatomie dont j'apprécie et j'admire assez les immenses progrès qu'elle a faits de nos jours, nous apprend-elle suffisamment la connexion qui existe entre les phénomènes fonctionnels pendant la vie et les altérations matérielles que nous trouvons après la mort? Nullement; je doute si tout ce qui s'appelle anatomie pathologique, puisse toujours être une clef de la pathologie. Aussitôt qu'on se contente de ce que le scalpel trouve dans le cadavre, et qu'on tente à fonder des conclusions sur ces débris de la vie, sans bien apprécier tout ce qui les a rendus tels que nous les voyons, on risque de s'égarer dans le labyrinthe d'un rude matérialisme; au contraire, celui qui ne voudrait faire aucune attention aux découvertes anatomiques ne se perdrait pas moins dans les excentricités de l'idéalisme. « Dans la doctrine hippo-» cratique, telle qu'elle a été comprise par les plus grands observateurs de tous les siècles, la » maladie est essentiellement un acte de l'organisme, qui a une tendance, un but, un com-» mencement et une fin; c'est conséquemment une fonction. Or, un *acte*, ou une fonction » suppose un instrument ou un organe, mais non pas un *siége*. Ce mot de siége, qui implique » l'idée d'un corps d'une existence matérielle, ne peut donc pas s'appliquer à la maladie en » général, mais seulement aux altérations de texture qu'elle produit dans nos organes. » Cette idée que M. *Cayol* a mis en tête de sa clinique médicale, fait la base de la médecine qui sort des ruines du matérialisme, pas pour se perdre de nouveau dans les rêveries de l'idéalisme, mais pour construire la vérité dans la combinaison nécessaire et harmonieuse de ces deux

systèmes, telle qu'elle existe dans tous les phénomènes de la nature. La maladie n'est pas un objet, fixé pour notre observation, mais un *acte*, qui échappe dans chaque moment à notre attention. On aurait tort de vouloir forger un système pathologique, tel qu'on en compose pour la classification des animaux et des plantes ou d'autres objets d'histoire naturelle. Tous ces objets restent tranquilles pendant l'observation et répondent à toutes les questions que l'observateur leur adresse. Il n'en est pas de même des maladies. Elles ne restent pas immobiles et fixes, pour se prêter à notre attention; leur aspect, leurs caractères changent d'instant à instant; au moment où nous croyons les saisir, ils ont disparu. Aussi ne suffit-il pas de les connaître dans *un* moment de leur existence, si c'était même celui de leur plus grand développement; non, l'objet par la raison même qu'il est *un acte*, ne se trouve caractérisé que dans l'ensemble de toutes les *phases* qu'il parcourt. L'étude de l'anatomie pathologique, veut-elle marcher à pas égal avec la phénoménologie des fonctions morbides, elle ne doit pas s'assoupir sur la découverte de tel ou tel nouveau tissu accidentel, mais elle doit plutôt être dirigée sur *l'expression organique des métamorphoses*, propres à l'action morbide; d'anatomie pathologique *du corps mort* elle doit devenir anatomie pathologique *du corps vivant*. Mais où pourrions-nous mieux poursuivre à chaque période de l'action morbide les rapports qui existent entre les phénomènes fonctionnels et les phénomènes organiques, sinon dans les affections d'un organe dont presque tous les tissus sont situés de manière à être accessibles à nos sens? Saisissons là l'occasion favorable de trouver ce qui nous manque, les bases d'une pathologie rationelle à la fois physiologique et anatomique.

L'étude des maladies des yeux n'est pas moins intéressante pour la thérapeutique que pour la pathologie. La thérapeutique de ces affections, pour être rationelle, doit être fondée sur les mêmes principes que ceux de la thérapeutique de toutes les autres maladies de l'organisme. Mais bien de points obscurs dans le traitement des autres maladies peuvent être éclairés et rectifiés par l'observation des affections des yeux. La science thérapeutique gagnera par une comparaison des effets que les différentes médications produisent sur un organe, dont les changemens sont immédiatement appréciables à nos sens. Cet avantage de pouvoir suivre tous les changemens opérés dans l'œil par les médicamens, nous manque pour les autres organes, profondément cachés dans l'intérieur du corps. Quel champ fertile qui nous reste encore à exploiter dans une telle *thérapeutique comparée!*

On commence à sentir en France l'importance de l'étude ophthalmologique et la dignité du rang qu'elle occupe dans le cadre des divisions pathologiques. Depuis *Demours* la France était restée presque étrangère aux progrès que l'ophthalmologie a faits en Allemagne et en Angleterre. Le goût qui semble s'éveiller dans ce moment pour cette branche promet cependant beaucoup pour l'avenir; et c'est par cette raison que je crois utile d'indiquer dans quelques prochains articles le point de hauteur auquel cette partie de la science est arrivée par les recherches modernes. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

27 ans, constitution lymphatique; entérite folliculeuse typhoïde; tumeur iliaque droite, fonte par les antiphlogistiques: phlegmasia alba-dolens de la cuisse droite; résolution par les antiphlogistiques; guérison au bout de cinq mois. Observation recueillie par le Docteur Fallot, Médecin principal.

(Extrait des *Ephémérides* de l'hôpital militaire de Namur, premier sémestre 1835.)

Limbioulle, du 11e régiment d'infanterie, d'une constitution molle et lymphatique, venait d'entrer, au bout d'environ trois semaines, en convalescence d'une entérite folliculeuse typhoïde, accompagnée d'une diarrhée muqueuse très-opiniâtre, maladie traitée par les seuls antiphlogistiques.

Malgré la chute de la fièvre, le nettoiement de la langue, le retour de l'appétit et du sommeil, la facilité des digestions, la régularité des évacuations, les forces ne revenaient pas;

les chairs restaient flasques, le teint pâle, l'humeur sombre et abattue. Cependant je ne pus rien reconnaître qui rendît compte de cette langueur. Comme à plusieurs reprises, pendant le courant de sa longue maladie, le patient avait témoigné le désir d'aller respirer l'air natal, je pensai que la préoccupation d'esprit pouvait y être pour quelque chose et promis de lui faire obtenir un congé dès qu'il serait en état de supporter le voyage. Ce moyen ne fut pas sans résultat; le malade se ranima un peu, il commença à faire l'essai de ses forces et passait chaque jour quelques heures près du poële. Un soir, en se couchant, il éprouva un frisson prolongé; le lendemain je le trouvai avec de la fièvre; on le mit à la diète, la fièvre céda. Il désira ensuite de manger, ce qu'on lui accorda; mais la nourriture ne semblait pas lui profiter; le ventre était alternativement resserré et relâché; il se plaignait de douleurs et de faiblesse dans les jambes et ne parvenait à marcher qu'en se cramponnant aux lits. C'est ainsi que se passèrent plusieurs jours; alors, il accusa une douleur profonde et obtuse dans le flanc droit, où je reconnus l'existence d'une large tumeur, étendue depuis l'hypochondre jusqu'à la fosse iliaque, plutôt pâteuse que dure, peu sensible à la pression, donnant de la matité à tout le côté où elle siégeait; comme elle se confondait supérieurement avec le foie, on aurait pu la confondre avec une hypertrophie de ce viscère, si l'absence de tout trouble fonctionnel de ce côté et le secours des signes commémoratifs fournis par la maladie antécédente n'avaient éclairé son étiologie. Quoiqu'elle ne se présentât pas exactement avec les symptômes propres aux tumeurs iliaques consécutives, aux inflammations de la muqueuse iléo-cœcale, je jugeai qu'il en existait une, dont la physionomie était altérée par la lenteur de son développement, la faiblesse de la constitution, l'affaiblissement et la torpeur du malade. Je ne doutai pas davantage que c'était là qu'il fallait chercher la cause des entraves que la convalescence avait éprouvées à s'établir. J'appliquai itérativement quelques sangsues, (6 à 8 à la fois), employai les émolliens sous toutes les formes et les bains prolongés; ordonnai un repos absolu et une diète sévère. Je n'osai presque me flatter d'une résolution complète; la longueur de la maladie, la lenteur de ses progrès, non moins que l'épuisement du sujet, me semblaient devoir y mettre obstacle. Je fus donc bien agréablement surpris de voir, au bout de quelques jours consacrés avec persévérance au traitement ab-irritant, la tumeur et la douleur s'évanouir. On persista cependant encore dans le régime aqueux et le repos; l'appétit devînt impérieux, les selles se régularisèrent et prirent leur aspect et leur consistance normales; le courage renaquit, et tout paraissait annoncer que cette fois la guérison allait s'accomplir, lorsqu'après un nouveau frisson long et douloureux la cuisse droite se tuméfia énormément en peu d'heures sans changement de couleur à la peau; une douleur aiguë s'en était emparée, s'étendant de l'arcade crurale jusqu'au passage des vaisseaux au travers du grand adducteur; elle devenait intolérable par la plus légère pression, surtout quand on l'exerçait circulairement en embrassant le membre ou par toute tentative pour lui faire exécuter un mouvement. Tous les ganglions du pli de l'aine sont durs, tuméfiés, sensibles; le reste de la cuisse, la jambe et le pied est infiltré, pâteux, indolore; la fièvre intense, l'appétit nul, la soif vive, le découragement profond, l'agitation extrême. A la violence de la douleur et la gravité des symptômes généraux, je crus d'abord avoir affaire à une inflammation sous-aponévrotique, et, sans égard pour l'affaiblissement du malade, je fis placer 80 sangsues sur l'endroit douloureux, qu'on couvrit ensuite d'un cataplasme émollient, je recommandai la diète; il était inutile de prescrire le repos, car, suivant l'expression du malade, tout son corps était de plomb. Le lendemain, il y avait une légère rémission, les douleurs étaient remontées vers le pli de l'aine; on la poursuivit par une seconde application de 30 sangsues et on y joignit l'immersion prolongée dans le bain. On continua cette médication pendant plusieurs jours, n'employant les sangsues que lorsque la douleur et la rénitence reparaissaient, et continuant les bains et les cataplasmes. Lorsque la peau eut perdu de sa tension, nous sentîmes distinctement une espèce de corde noueuse, roulant sous le doigt, tendue dans la direction des vaisseaux cruraux. Malgré l'amélioration, la résolution fut très-lente à se faire, la tension et la douleur se dissipèrent à la vérité en peu de jours, après quelques recrudescences, mais nonobstant les frictions aromatiques et mercurielles, l'œdème et l'empâtement de la cuisse ne disparurent complètement qu'au bout de trois semaines, et il en fallut plus de six avant que l'usage du membre fut pleinement recouvré.

Cependant, aussitôt la cessation du mouvement fluxionnaire, nous vîmes les forces renaître le teint se colorer, les formes s'arrondir, les chairs se raffermir, et le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri le 15 janvier dernier après y avoir fait un séjour d'environ cinq mois.

De cette observation je crois pouvoir déduire les corollaires pratiques suivans :

1° Toutes les fois qu'une convalescence languit ou chancelle, il faut en chercher la cause dans la lésion de l'un ou de l'autre organe ou appareil organique, et ne pas se lasser de faire les investigations les plus persévérantes et les plus minutieuses, jusqu'à ce qu'on l'ait découverte. Sans doute, si les miennes avaient été faites avec plus de soin et d'attention, elles m'auraient révélé l'existence de la tumeur iliaque avant qu'elle fut parvenue au degré de développement où je la trouvai.

2° En pareil cas, les recherches doivent principalement être dirigées sur les organes, dont le trouble fonctionnel constituait la maladie primitive, ou ceux qui soutiennent avec eux des relations de sympathie ou de synergie.

3° Quoiqu'il soit vrai, en général, que pendant les convalescences incertaines il faut être ménager d'émissions sanguines, il ne faut cependant pas s'en montrer trop avare quand alors elles sont indiquées par de nouveaux accidens. Il est *possible* qu'en les poussant un peu plus loin contre la tumeur iliaque, j'eusse prévenu l'œdème douloureux qui lui succéda ; il est *certain* que si je ne les avais pas faites abondantes et répétées, quand celui-ci fut déclaré et ne fusse parvenu à leur aide à le faire avorter, j'aurais eu des abcès énormes et compromis la vie du malade.

Namur, le 15 février 1835.

Observation *de colique saturnine, guérie par l'emploi du sulfate d'alumine et de potasse;* communiquée par L. De Strycker, docteur en médecine, à Lierre.

Le nommé Cools teinturier-imprimeur, âgé de 35 ans, tempérament bilioso-sanguin, travaillait depuis deux ans dans l'imprimerie de cotons de M. Vandenberge, où depuis quelque-mois on avait employé diverses préparations de plomb, lorsque, il y a quatre jours, il a été pris de fortes coliques, avec constipation opiniâtre et vomissemens. Depuis avant-hier son appétit est nul et il ne peut goûter un seul instant de sommeil.

Le 31 janvier 1835, lorsque je le vois pour la première fois, la face est d'un jaune-pâle, les yeux caves et cernés ; le pouls développé donne 88 pulsations par minute ; la langue est humide et couverte d'un enduit blanchâtre ; la bouche pâteuse et mauvaise ; la soif assez vive ; la douleur semble occuper la région ombilicale et de là s'irradier dans tout l'abdomen. La pression sur le ventre loin de tourmenter le malade paraît au contraire le soulager beaucoup. Les parois abdominales sont fortement affaissées. L'épigastre pourtant est assez sensible pour que le malade repousse la main qui le presse. Il prend tour à tour toutes les positions possibles, sans qu'il puisse en trouver une qui lui convienne pendant une seule minute. (10 sangsues à l'épigastre, cataplasme émollient, 2 onces de tartrate de potasse et de soude dans 4 onces de véhicule, lavement simple. Eau sucrée, diète.) Le lavement calme un instant les douleurs abdominales. La dernière cuillerée seule de la potion purgative n'est pas rejettée par l'estomac. Le soir on répète le lavement et la potion, qui doit être prise par cuillerées pendant la nuit ; le malade n'a vomi qu'une seule cuillerée de son purgatif, mais il a beaucoup transpiré. La nuit a été assez tranquille quoiqu'il n'ait pas eu de selle et qu'il n'ait pas dormi.

Le 1er février au matin. Les douleurs du ventre sont considérablement augmentées et les parois abdominales semblent être retractées sur la colonne vertébrale. L'épigastre n'est plus aussi sensible ; 82 pulsations. Les autres symptômes sont les mêmes. Le malade sent des mouvemens dans le ventre, et demande qu'il soit temporisé. (Lavement simple.) Dans la matinée le

malade se débarrasse de son lavement qui amène avec soi une selle petite et extrêmement dure. Il ne vomit plus que très-rarement l'eau sucrée qu'il boit par petites gorgées.

A midi, les douleurs n'étant point diminuées, je prescris 3 gouttes huile de croton tiglium dans 1 once eau de fleurs de tilleul et 1 once de sirop de gomme : à prendre la première moitié à une heure et la seconde, s'il n'y a pas eu de selle, à cinq heures de l'après-dînée.

Le soir les douleurs sont encore augmentées et ne laissent au malade aucun instant de repos. La nuit se passe dans des angoisses horribles. Les facultés intellectuelles en sont dérangées.

Le 2 au matin, le malade n'a pas encore eu de selles ; il est pourtant plus tranquille que la nuit, quoique les douleurs à la région précordiale se soient renouvelées. 10 sangsues à l'épigastre, cataplasme émollient, lavement aloëtique, eau sucrée. Dans la matinée, transpiration, mais pas de selles. Le soir les douleurs abdominales reparaissent d'une manière tellement atroce, que le malade se livre au désespoir. Il sort brusquement de son lit, pour aller aussitôt s'y rejetter avec véhémence ; il se frappe la tête contre les murs de son appartement : des crampes affreuses s'emparent de tous ses membres, et il tombe sur le plancher en poussant des cris affreux.

Etonné de voir la constipation résister à trois gouttes d'huile de croton tiglium, je doutai un instant de la qualité de celle que le malade avait prise. Je courus immédiatement chez le pharmacien pour m'en assurer, et je lui trouvai toutes les qualités requises. Désespérant alors de soulager mon malade par les purgatifs, je me décide à employer le sulfate d'alumine et de potasse, dont M. Gendrin dit avoir retiré tant d'avantage. Je prescris donc : sulfate d'alumine et de potasse 3 gros, sirop de gomme une once, eau de fleurs d'oranger et eau commune de chaque trois onces. A prendre une cuillerée d'heure en heure.

Une demi-heure après avoir pris la première cuillerée le malade se trouve soulagé et peut se coucher un instant : et la troisième est à peine incorporée que les crampes cessent pour ne plus reparaître. Le malade après avoir pris la sixième cuillerée de sa potion dort enfin pendant environ une heure, ce qu'il n'a plus fait depuis cinq jours.

Le 3 au matin. 74 pulsations ; douleur précordiale presque nulle ; les angoisses abdominales quoique considérablement diminuées ne permettent pas encore au malade de se coucher tranquillement. La soif est moins vive et les vomissemens ont totalement cessé. Selles et appétit nuls. Lavement simple; on renouvelle la potion alumineuse. Il continue d'en prendre une cuillerée d'heure en heure, dans le courant de la journée. Le soir la diminution des douleurs est sensible. Selles nulles ; le lavement n'est pas rejetté ; forte transpiration. La nuit le malade dort pendant environ trois heures en deux reprises.

Le 4 au matin. Le pouls a repris son état naturel, les douleurs du ventre sont encore beaucoup diminuées depuis hier, et permettent au malade de garder tranquillement le lit. L'épigastre est peu sensible. Cependant le malade dit sentir une gêne intestinale, et me demande avec instances que je veuille lui prescrire un purgatif. Je prescris 4 gouttes d'huile de croton tiglium, 1 once de sirop de gomme, 2 onces d'eau commune à prendre par cuillerée de trois heures en trois heures jusqu'à ce qu'une selle soit obtenue. Deux heures après la prise de la première cuillerée, il fait une selle copieuse dure, d'un brun foncé et très-fétide. Encouragé par ce premier succès et le bien-être qu'il en ressent, le malade avale en un coup le reste de la potion qui est immédiatement rejettée par l'estomac. Cependant la première selle, est, dans l'espace d'une heure, suivie de deux autres selles liquides. Le malade dort un instant, et demande à prendre un peu de soupe aux herbes, ce que je lui permets. Dans la nuit le malade dort peu et les douleurs abdominales se font de nouveau ressentir.

Le 5 au matin. Les douleurs du ventre persistent. Je renouvelle ma prescription alumineuse et permets un peu de bouillon aux herbes. La nuit n'est que médiocre.

Le 6. Le malade sent encore de loin en loin quelques tiraillemens dans l'abdomen ; tous les autres symptôme sont disparu ; une selle légère dans la journée. L'appétit est bon. Il mange un peu de soupe, et quelque peu de légume. La potion alumineuse est continuée. La nuit est bonne.

Le 7. La guérison est parfaite. Il prend encore quelques cuillerées de sa potion, et la continue encore le 8.

Le 9. Il retourne à ses travaux.

L. De Stryckeb, D. M.

Lierre, 15 février 1835.

—

UN MOT SUR L'HOMOEOPATHIE.

(3e LETTRE.)

Monsieur le Rédacteur ,

Nous continuons dans ce 3e article , l'exposition des résultats des expériences que nous avons entreprises.

De ces trois soldats qui pendant le 1er trimestre de 1834 furent atteints de fièvre intermittente et guéris par des médicamens donnés à doses infinitésimales (1) deux offrirent pendant l'accès les symptômes qui ont la plus grande ressemblance avec ceux que produit l'arsénic chez les sujets bien portans. On leur administra cette substance minérale. Le 1er fut en traitement 20 jours, le second 28.

On demandera peut-être si c'est bien l'influence de cette médication qui a dissipé la fièvre intermittente. Dans le doute abstiens-toi de répondre , dit le sage.

Le 3e militaire fut traité inutilement par le kina (X). Comme il avait été atteint de la gale à plusieurs reprises, nous crûmes pouvoir rapporter l'intermittence à cette affection cutanée , et nous prescrivîmes tinct. suif. (X), pendant 12 jours. Après ce laps de temps la fièvre ne reparut plus.

Pendant le 2e trimestre de 1834, six militaires atteints de fièvre intermittente furent soumis à des doses infinitésimales de kina , d'aconit , d'arnica , d'arsénic, etc., suivant les circonstances. Cette médication échoua. Pour éviter les répétitions nous ne rapporterons que deux de ces essais ; puis viendront la syphilis et la gale.

N... , soldat au 12e de ligne , âgé de 24 ans , d'un tempérament lymphatico-sanguin , n'ayant jamais eu la gale ni la syphilis, entre à l'hôpital le 14 mai après deux accès de fièvre intermittente tierce lesquels avaient duré 5 à 6 heures et avaient offert les trois stades ordinaires. Lors de son entrée , apyrexie complète.

Le 15 , retour de la fièvre vers 10 heures ; frissons , douleurs de tête , nausées , pouls petit et fréquent, dyspnée ; à 11 heures , chaleurs et peu de temps après sueur abondante qui termine l'accès. Diète , boissons émollientes.

Le 17 , mêmes symptômes , même prescription.

Le 19 , l'augmentation d'intensité de l'accès nous fait prescrire un décilionième de grain de sulfate de quinine à prendre le 20 à 6 heures du matin et à 6 du soir.

Le 21 , même médication à 6 heures du matin. Il est à observer que le malade reste sans manger une heure avant et après l'ingestion du médicament. Nouvel accès à 10 heures , se développant avec la même intensité.

Le 22 , même prescription.

Le 23 et le 25 , accès plus forts que les précédens.

En conséquence on laisse le traitement homœopathique et l'on prescrit, pour le 27, 12 gr. de sulfate de quinine , un 1/2 grain d'extrait g. d'opium avec q. s. de mie de pain pour faire 12 pilules , dont 3 seront prises à 6 heures du matin, 3 à 7 , 3 à 8 et le reste à 9. Ce même jour l'accès n'a point lieu.

Le 29 , même médication , plus d'accès et la convalescence est prompte.

Vandermolden , caporal au 4e bataillon du 12e de ligne , entre à l'hôpital le 9 mai 1834, atteint d'une fièvre intermittente tierce. Ce militaire âgé de 26 ans , d'un tempérament bilioso-sanguin , n'avait jamais , au moins à sa connaissance , dû réclamer les secours de la médecine.

Le 5 mai, en descendant de garde, vers 1 heure après midi, il éprouve des frissons suivis de

(1) Voir la note annexée à la 2e lettre insérée dans le *Bulletin médical belge* , n° de novembre 1834 , p. 198

chaleur et de sueurs abondantes. L'accès dure près de trois heures et reparaît le 7 vers 11 heures du matin avec les mêmes symptômes.

Le 9 il revient à 10 heures du matin, les frissons durent une demi-heure; la chaleur, assez intense, persiste deux heures, la sueur est courte et peu abondante.

Le 11, l'accès débute à 7 heures du matin, persiste plus long-temps et est plus intense.

Le 12, cette affection qui du reste n'offre ni complication ni gravité, est traitée homœopathiquement : un décilionième de grain de kina à prendre matin et soir.

Le 13, le malade prend la même dose à 4 heures du matin et ressent l'accès 3 heures après.

Le 14, même médication que le 12.

Le 15, accès semblable aux précédens et survenant à la même heure. Même traitement jusqu'au 18e jour de la maladie à dater de l'invasion.

Enfin le malade témoigne de l'inquiétude en comparant son état à la convalescence pleine de ses camarades, qui, atteints de la même affection ont été traités par le sulfate de quinine. Il prend aussi de ce médicament à doses allopathiques; dès la 1re dose l'accès ne reparaît plus et la convalescence se confirme en peu de jours.

Ici, qu'il nous soit permis de discuter l'opinion de Hahnemann qui regarde la *psora* comme la cause de la fièvre intermittente et de beaucoup d'autres maladies. Cette assertion nous paraît trop absolue. Voyez le peuple, voyez l'armée. Lors de l'occupation de notre pays par les alliés, quel individu, surtout à la campagne, ne fût infecté de la gale ? depuis lors combien de soldats de l'armée hollando-belge en furent préservés? Eh bien! en voit-on nos villageois moins frais, moins vigoureux, plus fréquemment malades? En a-t-on vu les hôpitaux militaires plus encombrés ? Et cependant les occasions n'ont pas manqué au prétendu réveil de ce mystérieux Protée.

Et la fièvre intermittente ? Direz-vous que de fois on l'a observée dans votre ville et ses environs !

Voici notre réponse : si cette affection a paru chez nous en 1807; si elle s'est remontrée en 1821, c'est qu'à la première époque on creusait le canal de Mons à Condé; c'est qu'à la seconde on commençait les fortifications. Et il est si vrai que le bouleversement des temps a suffi pour la produire qu'elle a cessé peu de temps après chacune de ces époques.

Si nous n'admettons pas l'opinion de Hahnemann sur l'origine de la fièvre intermittente, il est clair que nous n'adopterons pas sa méthode curative. Voici en peu de mots celle qui nous a paru la meilleure.

La fièvre intermittente était-elle simple, nous ne nous hâtions pas de prescrire les fébrifuges, car nous avions remarqué que souvent le régime et la soustraction du malade à la cause déterminante suffisaient pour amener la guérison. Dans cette heureuse circonstance la fièvre se terminait par une éruption plus ou moins violente au nez ou aux lèvres. Si les moyens simples indiqués plus haut étaient impuissans, nous administrions le plus souvent et avec succès la mixture de Peyson.

Mais la fièvre intermittente n'était pas toujours aussi bénigne : souvent elle était accompagnée d'une irritation de quelque viscère, surtout de l'estomac, du foie et de la rate. Alors antiphlogistiques, puis fébrifuges (1). Plus d'une fois le pouls faible avant la saignée se relevait après. En cas de couenne inflammatoire la déplétion sanguine était répétée. En thèse générale on peut dire que chez tous les sujets pléthoriques atteints de fièvre intermittente, le quinquina est nuisible s'il n'est précédé de la saignée; bien plus, cette opération pratiquée à temps est très-fréquemment le fébrifuge le plus certain.

Tous les malades qui, atteints de fièvre intermittente, furent saignés, n'éprouvèrent pas de rechute et furent exempts de ces *gateaux* ou irritations chroniques des viscères si fréquentes chez les individus à qui l'on a administré trop tôt les anti-périodiques.

(1) La plupart des maladies aiguës prenaient à certaines époques le type intermittent. Ainsi la fièvre typhoïde, après la saignée, cédait assez ordinairement à l'influence du sulfate de quinine introduit par le rectum ou par la peau. Nous croyons utile d'observer que dans le typhus continu l'inoculation du tartre émétique à la dose de 12 ou 14 grains à la partie interne des cuisses et des bras diminuait l'accélération du pouls et amenait une transpiration d'heureux augure. Ce dernier moyen nous avait été communiqué par M. Leclerq de Givry.

Contre les fièvres quartes rebelles nous donnions avec succès ou un demi-gros de laudanum dans deux onces de véhicule, ou la poudre suivante :

Pulv. cortic. peruv. fl. ℥ iij.
— muriat. ammon. ʒ ij.
— sulfat. ferri. ʒ s.
Un gros toutes les 3 heures.

Dans quelques cas nous avons reconnu l'utilité des sinapismes appliqués aux jambes ou aux poignets. Cette thérapeutique rappelle l'emplâtre d'ail pilé que le peuple s'attache sur les poignets contre la fièvre quarte (1).

Nous recourûmes aussi à la méthode de Bosquillon contre quelques fièvres intermittentes tierces et quotidiennes du 1er trimestre : une saignée et deux heures après six grains d'ipécacuanha. Cette médication procurait d'abondans vomissemens et quelquefois la disparition de la fièvre. Parmi ceux chez qui nous l'avons employée, cinq ont été guéris, les autres ont dû prendre le sulfate de quinine.

Nous passons à la syphilis.

1er *Observation.*— Spange, soldat au dépôt du 9e de ligne, âgé de 23 ans, d'un tempérament lmyphatico-sanguin, n'ayant jamais été atteint de la gale ni d'une autre maladie, entre à l'hôpital le 2 mai 1834, pour un chancre qui s'est développé sur le gland, après un commerce impur et qui date de 3 jours. Prescription : un millionième de grain d'oxide de mercure matin et soir; 1/2 cotelette et du vin pendant toute la durée du traitement.

Le 4 et le 5, même régime, même état.

Du 6 au 9, même prescription encore, l'ulcère croît en largeur et en profondeur.

Le 10, pas de médicament ; même régime ; le gland et le prépuce s'enflamment; l'ulcère envahit le filet.

Le 11, le 12, le 13, les symptômes inflammatoires augmentent.

Le 14, le frein se déchire ; légère hémorrhagie, qui procure un grand soulagement.

Le 15 et le 16, la rougeur et la tuméfaction diminuent, l'ulcère prend un meilleur aspect.

Le 17, de blafard et frangé il devient rouge et régulier.

Le 18, le fond de cet ulcère se remplit.

Le 19, l'amélioration continue.

Le 20, diminution en largeur et en profondeur.

Le 21, le 22, le 23, la petite plaie marche vers la cicatrisation ; le 29, elle est entièrement fermée.

2e *Observation.* — Bombeek, soldat au dépôt du 9e de ligne, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a eu deux fois la syphilis et subi le traitement mercuriel allopathique en 1831 et 1833, dans une autre garnison.

Le 2 mai il entre à l'hôpital de Mons, portant sur le gland deux verrues de la grosseur d'une noisette. 2 millionièmes de grain d'oxide de mercure, un le matin et l'autre le soir; décoction d'orge simple, demi-cotelette et vin.

Ce traitement et ce régime sont suivis jusqu'au 8 inclusivement, sans améliorer l'état du malade. Loin de là les verrues font des progrès; le 9 et le 10, même poudre.

Le 11, pas de médicament.

Le 12, les excroissances continuant de faire des progrès, une poudre de thuya.

Le 13 et le 14, pas d'amélioration.

Le 15, nous sommes obligés d'employer la méthode de Dzondi.

(1) En 1807, un Monsieur Février, vieillard à cheveux blancs qui demeurait près la porte de Namur à Bruxelles, guérissait toutes les personnes atteintes de fièvres intermittentes réputées incurables en appliquant sur les poignets un emplâtre composé d'un jaune d'œuf, gros comme une noix de savon noir, et d'une cuillerée d'huile de camomille. Il ajoutait à cela quelques paroles mystiques qui faisaient le meilleur effet du monde. *Mundus vult decipi ergo decipiatur.*

Après 12 jours de nouveau traitement les verrues diminuent ; le 28e on n'en voit plus de traces.

3e *Observation.* — Tilmans, caporal au dépôt du 1er chasseur à pied, âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin, a déjà eu la gale. Le 4 juin 1834, il entre à l'hôpital avec un ulcère syphilitique qui a envahi le frein de la verge à la suite d'un coït impur. Prescription un millionième de grain de deutoxide de mercure, décoction d'orge simple, demi-côtelette et vin. Pendant les six premiers jours l'ulcère demeure stationnaire ; le 7e de lardé et frangé il devient plus rouge et plus régulier. Plus tard l'amélioration continue, le 32e jour du traitement l'ulcère est entièrement fermé.

4e *Observation.*— Vanherle, grenadier au 5e de ligne, n'avait jamais eu de maladie avant l'invasion de la syphilis qui se déclara le 6 juin 1834. Il entre le 14 avec un ulcère sur le frein de la verge. Il n'est soumis à aucun traitement mercuriel ; il prend la demi-côtelette et du vin ; l'ulcère est lavé à l'eau tiède et en 20 jours il sort guéri de son *ulcère.*

5e *Observation.* — Un autre individu entre avec un ulcère syphilitique et un engorgement des glandes inguinales. Traitement homœopathique comme chez les autres militaires atteints de la même affection. Le 8e jour le bubon succède à l'engorgement, on l'ouvre au moyen de la potasse caustique unie à la chaux. Enfin nous devons recourir à la méthode de Dzondi qui réussit comme presque toujours.

Nous ne ferons que mentionner deux cas de syphilis traité par la mie de pain : au bout de quelque temps disparition de tous les symptômes.

Ce dernier fait nous porte à croire que les succès obtenus pendant le traitement homœopathique essayé sur les autres vénériens sont dus tout bonnement aussi à la nature et non à l'influence d'un millionième de grain de mercure. Et n'a-t-on pas vu aussi le traitement antiphlogistique faire disparaître les *signes extérieurs* de la syphilis ? Mais quoi ! vous avez enfermé le loup dans la bergerie.

Deux militaires atteints de gale furent traités par la teinture de soufre administrée à doses infinitésimales. Cette méthode thérapeutique ayant été suivie inutilement pendant douze jours on dut recourir à l'allopathie qui enlèva le mal comme d'ordinaire.

Si, laissant de côté l'examen des ouvrages de Hahnemann, nous nous en tenions aux essais que nous avons tentés, il serait clair pour nous que l'homœopathie fait perdre le temps, prolonge les souffrances et ne les dissipe que rarement, nous dirions presque jamais (1). L'allopathie recommande de s'attacher à ne pas nuire : quand l'homœopathie guérit, c'est, selon nous, qu'elle a suivi ce précepte.

Maintenant que nous avons terminé l'exposé consciencieux des résultats de nos essais, nous allons jeter un coup-d'œil sur le système d'Hahnemann; pour cela nous adopterons l'ordre des idées de cet homme célèbre. Nous verrons donc successivement les faits qu'il appelle guérisons homœopathiques dues au hasard, les conséquences qu'il en a déduites et les expériences qu'il a entreprises. A la fin de notre travail nous formulerons le plus modestement possible notre jugement sur LE GRAND VIEILLARD ; nous nous rappellerons alors cette pensée libérale du docteur Smith : « Il y a des sectes en médecine comme en religion; et dans l'une comme dans » l'autre, l'accusation d'hérésie n'annonce de la part de ceux qui l'articulent, ni vérité ni bon

(1) A côté de ces résultats du traitement homœopathique nous croyons utile de rapporter ceux que nous a procurés l'allopathie pendant le 1er semestre de 1834. Le nombre des militaires malades montait à 1106, y compris les 82 qui restaient en traitement, le 31 décembre 1833 Cette quantité était ainsi répartie : 482 fiévreux, 183 blessés, 93 vénériens, 201 galeux, 147 *ophthalmistes* (qu'on nous passe le mot, qui n'est pas français.)

Sur les 482 fiévreux 11 sont morts, c'est un sur 43.

— 183 blessés un seul a succombé.

Les malades des trois autres catégories ont tous survécu. De ces 12 victimes 3 ont succombé à la gastro-encéphalite, 1 à la gangrène des extrémités, 4 arrivés déjà malades d'autres garnisons, à la pleurésie chronique ou phthisie, 2 à l'apoplexie, suite de l'ivresse ; 1 au marasme, 1 à la gastro-entérite chronique.

Les 1106 malades pris collectivement ont passé 21255 jours à l'hôpital : ce qui fait un peu plus de 19 jours pour chacun deux. Chaque journée, sous le rapport des médicamens, a coûté 7 centimes.

» sens, ni justice dans toutes deux. Les hommes éclairés trouvent assez de principes pour les » guider, et connaissant combien l'erreur est commune et facile, ils sont portés à l'indulgence » envers ceux avec lesquels ils diffèrent d'opinion.» (Voyage sur le continent.)

Guérisons homœopathiques dues au hasard. — D'abord Hahnemann recommande de ne point les regarder comme des argumens en faveur de l'homœopathie, attendu, dit-il, qu'elle n'a besoin ni d'appui ni de soutien. Pour nous, nous avions cru jusqu'ici qu'un système était toujours l'expression des faits, leur dernier mot. Ne dirait-on pas que Hahnemann a pressenti que ces cures étaient peu concluantes, et pouvaient être expliquées allopathiquement? Quoiqu'il en soit, nous passons à la *suette anglaise.* « Elle se guérissait par les sudorifiques. » D'après l'histoire, cette affection était mortelle endéans les trois premières heures et guérissait d'elle-même après 24. A quoi bon alors les sudorifiques? »

« La *millefeuille* calme les hémorrhagies et les provoque. »

Ni Alibert, ni Rogues, ni Schwillgué, ni le *Dictionnaire des sciences médicales* qui emploie la millefeuille unie au fer pour combattre les hémorrhoïdes n'ont parlé de cette faculté que lui attribue Hahnemann de provoquer le flux de sang et l'hématurie. Si quelquefois ces phénomènes ont suivi l'administration de cette plante, on peut supposer avec quelque fondement que le malade était atteint d'une irritation de l'une ou l'autre muqueuse, ou qu'il avait une disposition à l'hémorrhagie nasale, Bockler n'ayant pas eu la sagacité de Galien.

Si l'on trouve cet argument faible, nous en proposerons un autre qui nous paraîtra assez fort. Si la millefeuille n'a procuré l'hémorrhagie qu'à fortes doses, il est plus que probable qu'elle ne la déterminera pas à doses infinétisimales. Or, vous dites que les médicamens homœopathiques ne guérissent une maladie qu'en en procurant une semblable un peu plus forte ; comment donc voulez-vous que la millefeuille donnée à un millionième de grain puisse déterminer une hémorrhagie plus forte que celle qui existe, si elle n'a fait effet qu'à doses allopathiques?

Cette argumentation nous paraît applicable à l'action des autres médicamens en général.

« D'après Sauvage, que cite Hahnemann, la *busserole* a guéri une émission d'urine purulente, parce qu'elle excite par elle-même des ardeurs en urinant, avec une émission d'une » urine glaireuse. »

D'après Sauvages, la busserole enlève le mucus de la vessie ; si les ardeurs d'urine augmentent par l'influence de cette plante, c'est, selon nous, que la muqueuse de la vessie une fois dénudée est devenue plus sensible. En ce cas, si le médecin est sage il donnera des émolliens.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mons, le 20 février 1835.

A. de Courtray, médecin principal pensionné.
A. Accarain, Méd. Doct.

Observations cliniques recueillies a l'hôpital militaire de Gand, par le Docteur Lutens, Médecin de Bataillon.

I. — *Tumeur blanche au genou droit; induration du tissu cellulaire; abcès; amputation de la cuisse.*

Le nommé Vandriessche (Ferdinand), âgé de 28 ans, garde civique de la Flandre orientale, d'une constitution lymphatique, fut reçu à l'hôpital militaire de Gand, le 1er décembre 1833.

Au mois de mars de la même année, il avait été admis à l'hôpital militaire de Malines, pour y être traité, dit-il, d'un mal au genou survenu spontanément. Après un traitement de six mois, on le dirigea au dépôt de son corps à Termonde, pour y obtenir la réforme. Six semaines après, attendu l'exaspération de sa maladie, il fut envoyé à l'hôpital de Gand.

On reconnût une tumeur blanche au genou droit. Quelques applications de sangsues enlevèrent toutes les douleurs, et il n'exista plus qu'un gonflement indolent des surfaces articulaires. On provoqua alors une irritation sur la peau par la pommade stibiée ; mais cette révulsion ne produisit que peu d'effet. Le membre resta gonflé et ankylosé.

A cette époque il fut de nouveau mis à la réforme, mais on garda le malade à l'hôpital pour continuer son traitement, et pour obvier à sa grande faiblesse. Le mal resta stationnaire pendant trois mois et rien ne pût, malgré de fréquentes et fortes applications alcalines, réveiller la partie.

Vers la fin du mois d'avril 1834, le pied et la jambe commencèrent à s'enfler. Ce gonflement remonta insensiblement jusqu'à l'aîne : la peau de tout le membre était tendue, bosselée ; la pression exercée avec les doigts insensible, et ne laissant aucune trace après elle. Tout annonçait une induration du tissu cellulaire ; le membre avait acquis une épaisseur et une difformité énormes; sa forme naturelle n'existait plus; les orteils étaient profondément cachés par les parties molles de la jambe, de sorte que l'on crût y trouver de la ressemblance avec un éléphantiasis.

Il ne survint pendant cinq mois aucun changement. Au mois d'octobre, le malade accusa des douleurs sourdes à la partie interne et inférieure du genou, et il s'ouvrit le troisième jour un abcès qui ne laissa écouler que peu de pus.

Ces douleurs longèrent la partie interne de la cuisse et quoique à l'extérieur il n'y eut aucune apparence d'inflammation, on découvrit néanmoins plus tard un nouveau point de fluctuation qui s'étendit peu à peu jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Je fis immédiatement deux larges incisions dans le foyer, et il en sortit au moins un litre de pus bien élaboré.

A la visite du lendemain, le membre avait diminué de volume et en palpant la cuisse vers l'aîne je reconnus une rénitence naturelle, de sorte que j'étais en droit de supposer que cette suppuration avait amené la fonte d'une partie de la substance graisseuse auparavant en état d'induration.

Le malade pendant toute la durée de son traitement avait conservé assez de forces pour espérer une chance favorable de l'amputation.

Quelle peut être la cause présumée de cette induration? Le système lymphatique prédominant avait-il contribué à cette difformité, ou bien cette irritation sourde, lente du genou avait-elle détourné les sucs nourriciers et empêché la résorption purulente?

L'amputation fut décidée et pratiquée le 10 décembre 1834. En coupant la peau je rencontrai une couche graisseuse, dure, d'une épaisseur de deux pouces et intimement adhérente aux muscles : j'eus beaucoup de peine à en faire la dissection.

Le malade n'a éprouvé qu'une légère réaction fébrile ; le moignon a pris un bon aspect et la cicatrisation était complète le 20 janvier 1835, quarante jours après l'opération.

Nécropsie de la cuisse. — Toutes les parties molles du genou étaient lardacées et contenaient une grande quantité de pus. L'articulation du genou était entièrement détruite et les surfaces osseuses tellement ramollies qu'on pouvait les inciser avec le scalpel comme une substance molle. Le foyer purulent s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la jambe et le tibia n'offrait plus de trace de périoste.

II. — *Plaie pénétrante de l'articulation du genou ; accidens qui nécessitent l'amputation de la cuisse.*

Verval (Dieudonné), âgé de 33 ans, caporal au 3e régiment de ligne, jeune homme d'une constitution sanguine, reçut un coup d'épée au genou droit. Ne ressentant aucune douleur dans le moment même, il négligea de réclamer les soins de son médecin et continua à faire son service.

Le 3e jour, un engourdissement du membre le força à faire connaître son accident et il fut envoyé à l'hôpital militaire de Gand, le 28 août 1834.

Le genou était gonflé et douloureux ; une réaction inflammatoire s'était déclarée. A peine reconnut-on une plaie en apparence très-superficielle, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. On fit d'abondantes évacuations sanguines tant locales que générales, et on soumit le malade à un régime sévère. On plaça le membre sur un plan légèrement incliné et dans une position immobile.

Ce traitement fut continué jusqu'à ce qu'on parvint à combattre les accidens inflammatoires. Depuis lors le malade ne put plus fléchir la jambe.

Il se forma deux semaines après un abcès qui s'ouvrit à la partie interne de l'articulation du genou, et qui se cicatrisa au bout de huit jours. On vit naître peu de jours après un second abcès à sa partie postérieure. Cet abcès en se fermant en fit développer un troisième à deux travers de doigts plus haut ; bientôt il se déclara un 4e abcès qui s'étendit profondément sous l'aponévrose crurale et laissa écouler journellement une quantité abondante de pus.

Cette grande suppuration minait considérablement les forces du malade ; il ne survint cependant pas de fièvre hectique, ce qui me fit espérer une guérison avec ankylose.

J'incisai en conséquence le clapier sous aponévrotique, et je fis faire une compression régulière autour de l'articulation. Le membre fut maintenu dans un repos absolu et placé comme pour le traitement d'une fracture.

A chaque pansement les pièces d'appareil étaient percées de pus ; en entourant l'articulation de la main et en la comprimant légèrement j'augmentais l'écoulement de cette matière.

On n'observa pendant un mois aucun changement notable.

Le pus devint fétide et sanieux ; la maigreur extrême. Convaincu qu'il était de toute impossibilité de prévoir ou même d'espérer le moindre succès en temporisant et craignant, comme j'ai eu occasion de l'observer un jour à l'hôpital de Louvain, que ces accidens n'enlevassent les chances d'une opération heureuse, on se décida à pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse le 29 décembre 1834.

Ce jour même un 5e abcès s'était formé dans le creux poplité.

L'amputation n'offrit rien de particulier, et attendu le bon aspect des parties molles, je fis la réunion immédiate. Au bout de trois semaines la guérison eut lieu.

Autopsie du membre. — Les parties molles du genou ne formaient qu'une masse lardacée. Trois foyers purulens prenaient leur source dans des cavités que le pus s'était creusé dans ce tissu. Les ligamens du genou étaient tellement adhérens aux parties environnantes qu'il fut impossible de les disséquer. Le condyle externe était soudé à la tubérosité correspondante du tibia ; le condyle interne était carié dans une étendue d'une pièce de deux francs.

III. — *Ophthalmie de l'armée. Considérations générales sur le traitement des granulations.*

Les granulations qui se forment à la surface libre de la conjonctive palpébrale reconnaissent toujours pour cause soit une inflammation aiguë ou chronique, soit une congestion de cette membrane. On doit les considérer comme une lésion organique qui consiste dans le développement du tissu muqueux.

On les observe sous plusieurs aspects : tantôt elles forment de petits corps globuleux, d'une demi-ligne d'étendue, demi-transparens, luisans, durs, analogues au cartilage ; tantôt elles offrent plus d'épaisseur, elles sont alors agglomérées, rouges et faisant hernie lorsqu'on abaisse fortement la paupière ; tantôt elles ressemblent à de petits points rouges et miliaires.

L'inflammation exerce une influence très-puissante sur leur développement.

Le repli de la membrane muqueuse renferme plus de tissu cellulaire que le reste de la membrane, ce qui fait concevoir la prompte formation de ces granulations et la tendance de l'ophthalmie à passer à l'état chronique.

Lorsque les granulations sont nombreuses, elles entretiennent l'inflammation de la conjonctive qui me paraît due à la gêne mécanique que cause leur présence. Cette action est subordonnée à leur volume et surtout à leur nombre.

Les granulations sont presque toujours accompagnées d'une rougeur et d'un boursouflement

de la muqueuse qui n'est à proprement parler qu'une sur-excitation sourde et lente, qui se dissémine et se propage à la conjonctive oculaire pour peu qu'une nouvelle cause irritante réveille son action.

C'est à cette réciprocité mutuelle que l'on doit ce grand nombre d'ophthalmies soit aiguës, soit chroniques.

Les granulations sont souvent la suite d'une ophthalmie, il arrive aussi de les rencontrer chez des personnes qui n'ont jamais eu ce mal. Les causes prédisposantes de l'ophthalmie peuvent faire naître des affections analogues à celles qui dépendent de la maladie elle-même.

Le traitement des granulations présente deux indications principales : celles de ralentir le développement de cette lésion organique et celle de combattre leur existence.

Lorsque les granulations sont rouges et peu nombreuses ; que leur développement n'est pas excessif et qu'elles ressemblent à de petits points miliaires, le système antiphlogistique peut rendre la muqueuse à son état primitif.

De petites applications de sangsues faites soit dans les narines, soit à la partie antérieure des tempes et répétées de temps en temps, peuvent détruire la cause de l'affection. Il est nécessaire de faire baigner fréquemment les yeux dans une infusion émolliente, de pousser quelques injections légères sous la paupière inférieure et d'entretenir continuellement la plus grande propreté des yeux. En effet l'état granuleux étant souvent accompagné d'un boursouflement de la muqueuse oculaire et d'une congestion plus ou moins forte, il suinte une matière blanche qui se dépose ordinairement dans le point le plus déclive et entretient, comme corps étranger, l'inflammation.

Un malade peu soucieux, confié à un infirmier peu intelligent, ne peut espérer aucun résultat favorable s'il ne joint la plus grande propreté à son traitement médical.

Lorsque les granulations sont nombreuses, agglomérées, rouges et faisant hernie en abaissant la paupière inférieure, la désorganisation du tissu est trop avancée pour espérer quelque résolution. On doit recourir alors à l'excision ou à la cautérisation.

L'excision se fait avec des ciseaux courbes sur le plat. Parmi les corps cautérisans on emploie tantôt le nitrate d'argent, tantôt les acides concentrés.

L'excision me paraît préférable chaque fois que les granulations sont accompagnées d'un boursouflement du repli de la conjonctive. Non-seulement on enlève d'un seul trait la source du mal, mais l'écoulement sanguin modère considérablement l'inflammation.

L'excision doit se faire dans toute l'étendue des granulations : l'opération est simple, facile et n'entraîne aucune suite fâcheuse.

Lorsque la caroncule lacrymale participe à la maladie, on ne doit nullement hésiter de l'enlever. Il est nécessaire cependant d'éviter la lésion du point lacrymal de crainte qu'il ne survienne un larmoiement partiel incommode.

La cautérisation est loin d'offrir les mêmes avantages : le liquide ou le corps irritant peut, par son contact, enflammer l'œil et occasioner une ophthalmie grave. On n'est pas si sûr de son action parce qu'on ne peut apprécier la profondeur de la cautérisation, et bien souvent on est obligé de réitérer l'opération.

Il est des cas où l'excision devient impossible et où l'on doit nécessairement recourir à la cautérisation.

Chaque fois que les yeux sont profondément cachés par les orbites on ne peut faire saillir le repli de la conjonctive et la cautérisation est indispensable.

Quelquefois aussi la sensibilité et l'irritabilité des yeux est telle que l'on doit abandonner les deux méthodes. Dans ce cas l'établissement d'un exutoire, d'un cautère, ou d'un vésicatoire sur quelque point éloigné des yeux ; l'usage des narcotiques en friction, tel que l'extrait de belladone, de ciguë, et la pommade de Gondret sur les tempes modèrent cette irritabilité et permettent de recourir à l'excision ou à la cautérisation.

Pour faire l'excision il suffit d'abaisser fortement la paupière inférieure avec la main gauche et de faire élever la supérieure par un aide. Un seul coup de ciseaux suffit ordinairement pour achèver l'opération.

La cautérisation se fait soit avec la pierre infernale taillée en forme de crayon, soit avec

les acides concentrés étendus sur un petit morceau de bois en observant les règles suffisamment établies à cet égard.

J'ai vu faire, à l'hôpital militaire de Gand, un grand nombre d'excisions et de cautérisations avec un plein succès. L'excision nous a paru préférable dans presque tous les cas.

Il serait à désirer que l'on formât un hôpital pour y traiter spécialement les granulations, et j'ai l'intime conviction qu'on parviendrait à détruire cette cause si puissante d'ophthalmie. Ce local devrait être spacieux, et bien aéré; toutes les règles de l'hygiène devraient être observées rigoureusement. On rechercherait pour les malades des distractions agréables, et on s'occuperait spécialement des exercices corporels.

Gand, le 27 février 1835.

F. Lutens, Médecin de Bataillon.

Observation *d'hémorrhagie nasale abondante*; par Amé Philippart, Docteur en médecine, chirurgie et accouchemens, à Tournay.

Le 3 décembre 1834, vers neuf heures du soir, la nommée Flore Guédin, âgée de vingt-un ans, douée d'une constitution forte et robuste, parvenue au cinquième mois de la grossesse, sans avoir éprouvé aucun accident, n'ayant jamais ressenti de la gêne du côté du nez, reçut d'un homme ivre, un violent coup de poing sur le nez, qui lui fit perdre connaissance sur-le-champ. Revenue à elle, quelques minutes après, elle ressentit des frissons dans le dos, et vit couler, avec rapidité et abondance, des deux narines, un sang rouge, qui ne parut s'arrêter que vers les six heures du matin du 4. Alors, le sang écoulé remplissait deux soupières, qui contenaient sept livres de liquide chacune (1). L'état de la femme était assez satisfaisant. Seulement elle était moins forte, disait-elle. La journée du 5, et la première moitié de celle du 6 se passèrent favorablement. Mais, vers onze heures et demie du matin de cette dernière journée, l'hémorrhagie menaçant de reparaître, inquiéta la malade, qui voulût sortir de son appartement, pour aller chercher quelques secours. A peine eut-elle fait quelques pas, que la rapidité et l'abondance avec laquelle le sang coula, l'obligèrent de se réfugier dans une maison voisine, où je ne pus me rendre qu'un quart d'heure environ après avoir été appelé. A mon arrivée, le sang ruisselait de la narine droite, et déjà, il avait rempli un bassin, qui pouvait contenir sept à huit livres; la figure de la malade était pâle, son pouls petit et mou; des demi-syncopes commençaient à se montrer. Le tamponnement de la fosse nasale droite, la seule qui fournissait le sang, fut le moyen que j'employai sur-le-champ. A cet effet, après avoir préparé un bourdonnet, assez gros pour boucher l'ouverture postérieure de la narine, et après y avoir attaché le fil ordinaire, j'introduisis la sonde de Bellocq, par la narine malade, et saisissant avec les doigts, dans l'arrière gorge, l'olive du ressort déployé, j'y fixai le fil du bourdonnet, pour l'amener à l'ouverture antérieure au moyen de la sonde, ce que j'exécutai, après avoir retiré le ressort dans la canule. Le bourdonnet fut porté sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale droite; quelques boulettes de coton furent placées à l'entrée de l'ouverture antérieure, et maintenues par un gros bourdonnet, que je fixai à l'aide du fil appartenant au tampon postérieur. La malade, reconduite chez elle, et étendue sur un lit, fut mise à la diète et à l'usage des boissons froides acidulées, garda le silence et un repos complet. Tout se passa favorablement jusque vers les onze heures du matin du 7, moment où la malade crut voir revenir l'hémorrhagie; il y avait, en effet, quelques gouttes de sang qui suintaient à travers le tampon antérieur (le tampon postérieur resta imperméable.) Le même appareil fut laissé en place, et l'écoulement du sang ne tarda pas à s'arrêter. Mais, vers les dix heures du soir de la même journée, l'hémorrhagie reparut avec tant de violence, quoique les tampons ne fussent nullement dé-

(1) J'en ai mesuré la capacité.

rangés, que la malade eut plusieurs syncopes. Le bourdonnet qui bouchait l'ouverture antérieure fut ôté et remplacé par de nouvelles boulettes de coton imbibées de vinaigre pur, et maintenues à l'aide d'un gros bourdonnet, que je fixai au moyen du fil du tampon postérieur. Une partie de la fosse nasale se trouva, par là, oblitérée. A l'usage des boissons froides acidulées, quelques cuillerées de vin furent ajoutées. La nuit se passa bien; mais le lendemain 8, vers six heures du matin, le tampon s'imbiba de nouveau, et laissa encore couler le sang. Je ne voulus point déranger l'appareil; je me contentai de repousser le tampon antérieur dans la fosse nasale, de recouvrir le bourdonnet d'une couche assez épaisse de colophane, sur laquelle je plaçai un second bourdonnet très-gros et très-dur, que je confiai à la main d'un aide. L'hémorrhagie cessa de nouveau; mais elle ne tarda pas à reparaître avec plus d'intensité que jamais. En effet, le lendemain 9, vers une heure après-midi, le sang s'écoula avec tant de violence que la malade tomba dans un état très-alarmant : face pâle et infiltrée, pouls insensible, syncopes réitérées, peau froide, voix très-basse, etc. J'enlevai le tampon antérieur, qui exhalait une odeur infecte; je bourrai avec force tout l'intérieur des deux fosses nasales avec des boulettes de coton et une grande quantité de colophane, je plaçai, à l'entrée de la narine, une couche très-épaisse de colophane, puis un gros tampon que je maintins à l'aide du bandage suivant : le plein d'une bande, large d'un travers de doigt, fut porté sur le tampon, à la base du nez; les globes furent conduits à l'occiput, où ils furent croisés, pour les ramener sur les tempes, et venir les fixer sur le front. Cette fois l'hémorrhagie ne reparut plus. L'appareil fut laissé quatre jours en place; puis, le tampon postérieur, qui avait toujours demeuré fidèle, tomba spontanément dans l'arrière gorge, et fut rejeté par la malade; la bande qui maintenait le tampon antérieure ôtée, avec soin, laissa sortir du nez une odeur infecte; quelques injections légères d'eau de mauve furent pratiquées, les jours suivans, dans les narines; la malade garda le repos, prit, chaque jour, un peu plus d'alimens, quelques cuillerées de vin, et sortit, enfin, quinze jours après la cessation de tous les accidens.

A. Philippart.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Emploi du sulfate de cuivre dans le traitement du croup; par le Docteur Droste, à Osnabrück. (Extrait par le Docteur C. Canstatt).

L'auteur, qui emploie ce moyen dans le traitement du croup depuis sept ans, l'a tellement pris en affection, qu'il ne donne plus d'autre remède à l'intérieur contre cette maladie; supposons même que les cas de croup, observés jusqu'à présent par lui, n'aient pas été tous d'un caractère pernicieux, la disparition prompte des symptômes graves après l'emploi de cette préparation, la rapidité de ses effets salutaires et la circonstance qu'avec ce traitement il n'ait pas perdu un seul de ses malades, n'en est pas moins surprenant et doit engager à imiter cette méthode curative. Sans vouloir disputer au calomel sa valeur, celui-ci n'exerce pas l'action prompte, si nécessaire dans le traitement du croup, qui appartient plutôt aux déplétions sanguines, aux émétiques, aux frictions, aux révulsifs et à d'autres moyens employés en même temps avec lui. Le calomel agit secondairement, en affectant tout le système lymphatique, en l'éveillant et en l'excitant à une plus forte sécrétion, en dérivant l'affection sur le tube intestinal et en changeant par là la forme de la maladie. L'usage prolongé de cette préparation mercurielle rend les enfans pâles, enflés et les prive de leur gaîté. Souvent ces effets désastreux ne disparaissent plus; la fibrine du sang semble se trouver dans un état de liquéfaction; les enfans gagnent le ventre gros, deviennent atrophiques, physconiques et dépérissent, tout en ayant l'appétit vorace. La

nature du croup consiste en une irritation inflammatoire du larynx et de la trachée-artère, irritation qui passe à une sécrétion et épanchement de lymphe compacte membraneuse, sous forme de tubes ou de matières muqueuses plus ou moins cohérentes, selon les degrés d'intensité du mal. Pour prévenir la mort il faut qu'on éloigne ce corps étranger qui empêche la respiration, et qu'on dissipe l'irritation congestive et inflammatoire du larynx. C'est ce que le mercure seul, sans d'autres remèdes, ne peut pas faire, mais dans un grand nombre de cas, le *cuprum sulphuricum* suffit à ces deux indications curatives à la fois. Car une pleine dose de ce remède ne tarde pas de provoquer des vomissemens violens et répétés, qui évacuent avec force de grandes masses de lymphe. Il n'y a pas à en craindre, comme des autres vomitifs, des effets d'hypérémèse ou une diarrhée inutile et même dangéreuse. Donné à dose réfractée, le sulfate de cuivre entretient de légères nausées, qui vont même jusqu'à produire des vomissemens, favorise la diaphorèse, détache les résidus d'exsudation de lymphe plastique, et sous l'influence de son emploi la voix devient plus claire, la respiration plus libre. A très-petites doses le remède est resorbé; mais à grandes doses il agit, comme nous venons de le dire; il exerce une grande influence sur l'organisme, est contraire à la dyscrasie, annonce son action par des contractions locales et générales, diminue l'activité exaltée du système de la reproduction, augmente celle de la sensibilité, aide la résorption veineuse et produit des évacuations; tous effets qui, manquant au calomel, sont cependant très-utiles dans le traitement de cette maladie. Le mal ne s'est-il pas encore développé à un degré de haute intensité, est-il à son début; n'y a-t-il que le son rauque et sibilant de la voix, la respiration gênée, mais point de fièvre, ni des anxiétés, l'emploi seul du cuivre suffit pour dissiper cette affection; mais le mal est-il plus avancé, les enfans sont-ils agités, atteints d'accès de suffocation, jettent-ils la tête en arrière, ont-ils de la chaleur et se plaignent-ils de douleur au larynx, jointes à un état fébrile, la déplétion par des sangsues doit précéder l'emploi du cuivre, et pendant son usage, les piqûres des sangsues doivent continuer à saigner jusqu'à ce que les vaisseaux soient affaissés et que le spasme ait disparu. Il faut que la première dose du sulfate de cuivre provoque des vomissemens. Après cela on administre 1/8, 1/4, 1/2 d'un grain de ce remède par heure ou de deux en deux heures, jusqu'à ce que tous les symptômes du croup aient disparu. (Suivent des histoires de malades.)

(*Heidelberger Klinische Annalen*, Band 10. Heft 2.)

De la vertu médicatrice du vaccin; par C. L. Klose. (Extrait de l'allemand, par le Docteur C. Canstatt.)

C'est un fait reconnu par la plupart des médecins que le vaccin, outre sa propriété, qui immortalise le nom de *Jenner*, peut exercer une influence très-favorable sur l'organisme de l'individu vacciné en général. Il est certain que souvent après la vaccination, des enfans d'une constitution faible et languissante reprennent un état de santé plus confirmée. Bien que le vaccin n'ait pas encore réussi jusqu'aujourd'hui à *expulser* la maladie scrophuleuse et toutes les affections semblables de l'enfance, il n'est pas moins intéressant ce qu'un *parere* de la faculté de médecine de Vienne nous apprend; savoir, que parmi 300 enfans, ceux qui avaient été vaccinés, 136 en nombre, se distinguèrent de ceux qui ne l'avaient pas été, par leur air de santé et surtout parce qu'on leur remarquait bien moins de traces de quelque affection scrophuleuse qu'à tout le reste.

Dans la même proportion peut-être que la vaccination détruit ou affaiblit, du moins *fréquemment les prédispositions morbides*, elle ne guérit que *rarement* les maladies formées. Mais quelquefois celles-ci mêmes éprouvent la vertu médicatrice du vaccin; voici un cas en preuve de la vérité de cette assertion :

P., âgé de 26 ans, atteint dès sa première enfance de scrophules et de rachitis, et à la suite de la dyscrasie générale, affecté d'ulcères scrophuleux, de carie des deux extrémités supérieures avec des douleurs violentes et de raideur dans l'articulation du coude, souffrances qui avaient déjà provoqué une fièvre éthique intense, n'avait pas été vacciné pendant son enfance,

probablement à cause de son état misérable, qui paraissait devoir se terminer par une mort prochaine. Le printemps de cette année on s'aperçut par accident que le malade n'avait jamais été vacciné. La vaccination fut faite sur lui sans délai. *Il ne saura jamais en faire un assez grand éloge.* La vaccine n'offrit rien d'extraordinaire, sinon un volume très-rare; mais le 9e jour après la vaccination parut une éruption particulière, en forme de bouton et de papules, occupant tout le bras gauche et le voisinage des piqûres du vaccin du bras droit, ressemblant beaucoup, dans la troisième semaine, période de sa plus grande maturité, à une varicelle confluente; les pustules étaient alors pleines d'un pus épais. Mais cette éruption n'était évidemment autre chose qu'une métastase critique; car, à raison de son développement, l'affection douloureuse des autres parties malades allait en diminuant, les anciens ulcères se fermaient, la raideur de l'articulation devenait moindre, et la fièvre éthique était remplacée par un sentiment de bien-être, inconnu jusqu'ici au pauvre malade et se manifestant bientôt par le retour d'un bon appétit. Déjà trois semaines après la vaccination, on pouvait espérer la guérison complète de ce même malade qu'on avait cru perdu et qui n'avait été vacciné que pour satisfaire aux lois; dans ce moment, quelques mois après la vaccination, le rapporteur de ce cas est à même d'ajouter que le malade, selon les nouvelles reçues, est en effet entièrement guéri et entré en service comme vacher.

(*Medicinische Zeitung, vom Verein für Heilkunde in Preussen*, 17 décembre 1834.)

Miscellanées, recueillies par le Docteur Canstatt.

1. *Contractions dans une extrémité amputée.*—Le pied d'un homme, âgé de 20 ans, amputé par *M. Bierkowski*, à Cracovie, pour carie du tibia et du péroné dans le tiers supérieur de la jambe, fut mis dans un bassin (Il n'est pas dit si ce bassin était de métal); un quart-d'heure après, l'attention des assistans fut attirée par un bruit, produit par des coups, que de *fortes convulsions et contractions musculaires de ce pied amputé* donnaient contre l'intérieur du bassin. En mettant l'extrémité sur une table, elle s'appuyait sur les doigts, ceux-ci s'étendaient et se fléchissaient; les contractions des fibres musculaires du plan de la plaie étaient même tellement fortes, que les tendons qu'on voulait tenir échappèrent subitement aux doigts et se retirèrent dans la profondeur; chaque attouchement des muscles par du fer, du cuivre, ou de l'argent augmentait les convulsions.

2. *Les avantages de l'usage interne de la levure de bière*, recommandé par *Neumann*, pour tous les genres d'*affections scorbutiques*, ont été constatés par *M. Bierkowski*, dans 98 cas de cette nature.

(*Medicinische Zeitung vom verein für Heilkunde in Preussen.* 28 janv. 1835.)

3. *Lésion mortelle déterminée par un coup de pistolet chargé sans balle.* — Le lancier B., du 4e régiment (Prusse), jouant avec un pistolet chargé sans balle, soutient envers les présens que le coup d'une cartouche simple ne peut pas pénétrer dans le corps. Pour prouver son assertion, il appuie le pistolet sur son bas-ventre, tire, et tombe à terre comme mort; peu de temps après il expirait en effet. A l'autopsie on trouva dans l'épigastre une plaie pénétrant dans l'abdomen, par laquelle étaient sorties une partie de l'épiploon et quelques matières contenues dans l'estomac. La paroi antérieure de l'estomac était déchirée dans une grande étendue; plusieurs déchirures considérables avaient aussi lieu dans la rate et dans le foie. Toute la cavité abdominale était remplie de sang épanché et mêlé en partie au contenu de l'estomac.

(*Medicinische Zeitung vom verein für Heilkunde in Preussen*, 21 janvier 1835.)

4. *Observation intéressante pour la médecine militaire.* — Chez le fusilier K., du 31e régiment d'infanterie prussienne, d'une constitution robuste et athlétique, il s'était fermé pendant son temps de service de deux mois, à la suite de l'exercice avec le fusil, une production

accidentelle, longue de 2 1/2 pouces et large de 3/4 d'un pouce, dure comme une pierre et presque osseuse, à l'humérus gauche assez près du côté antérieur de l'articulation de l'épaule. Comme des évacuations sanguines par des ventouses et l'emploi de l'onguent mercuriel ne produisaient pas de diminution de l'induration, M. *Lohsse* fit remplacer cet onguent par des frictions avec une cuillerée à café de teinture de iodine, faites deux fois par jour, en même temps qu'on continuait les évacuations au moyen des ventouses et qu'on appliquait d'un jour à l'autre un fort jet de douche froide par le moyen d'une petite pompe à feu, jusqu'à éveiller une douleur sensible. Ces moyens énergiques eurent pour effet la résorption de la production morbide, de manière qu'après quatre semaines on ne pouvait presque plus rien à sentir et que le malade pût reprendre l'exercice militaire sans sensation perceptible. M. l'inspecteur-général (le Docteur *Stuve*), rapporteur de ce cas, remarque qu'il a observé un cas semblable, dans lequel la masse osseuse fut resorbée par l'action du temps, du repos et du ménagement du bras, de sorte qu'un an après on n'en trouvait plus la trace et que l'individu pût rentrer au service. Ces cas et leur guérison méritent d'autant plus d'attention qu'on a douté jusqu'ici de la possibilité d'une dissolution de cette production accidentelle aussi avancée, et qu'on a toujours cru nécessaire d'en faire l'extirpation, opération qui, en laissant une grande et profonde cicatrice après elle, rend ces individus, même après la guérison, presque toujours impropres au service.

(*Medicinische Zeitung vom Verein fur Heilkunde in Preussen.* 14 janvier 1835.)

5. *Expulsion spontanée de corps étrangers ayant pénétrés dans la trachée-artère, après un long séjour dans cette dernière*, par *Heyfelder.*—Nous trouvons consignés dans les annales de la science plusieurs exemples de corps étrangers, ayant pénétrés dans la trachée-artère, qui, après un séjour plus ou moins long dans celle-ci, furent expulsés *par la nature, sans le secours particulier de l'art.* M. *Ph. de Walther* rapporte dans son journal de chirurgie et d'ophthalmologie (vol. III, p. 379) un cas des plus remarquables de cette nature, dans lequel chez un jeune homme une patte d'écrevisse resta sept années dans la trachée et y provoqua nombre d'accidens extraordinaires. Pas moins remarquable est un cas, rapporté dans l'*American medical recorder*, dans lequel après des souffrances de neuf ans, l'expulsion d'un morceau de crayon par la toux fut suivie d'une guérison parfaite.

A ces observations M. Heyfelder ajoute deux cas analogues :

Le premier est celui d'une fille, âgée de 13 ans, à laquelle il arriva qu'en riant pendant le repas, un rudiment d'os, arrondi et long d'environ 8 à 9 lignes, glissa dans la trachée-artère; elle fut prise immédiatement après d'accès d'étouffemens les plus violens, qui, quoique cessant de temps en temps, recommencèrent toujours à un terrible degré aussitôt que la fille se mit à parler. Elle désigna un endroit au-dessous du larynx comme particulièrement douloureux. Les parens refusant l'opération de la trachéotomie qu'on leur proposait, il ne resta que l'emploi d'un vomitif après des évacuations sanguines faites préalablement. Tous furent sans succès. Il se manifesta une inflammation modérée de la trachée, qui, vers le septième jour, prit un caractère chronique; en même temps il s'y joignit des attaques parfois de la nature de la catalepsie, parfois de celle de la chorée *si viti.* Tel fut l'état de la malade pendant huit mois; elle dépérissait visiblement et fébricitait vers le soir. A la fin de cette période, s'éveillant une nuit subitement avec une toux violente, elle expectore à la fois avec des mucosités, du sang et des traces de pseudo-membranes, l'os que les parens conservent encore comme une relique.

Le second cas est celui d'un campagnard qui, âgé maintenant de 44 ans, et d'une constitution robuste, avait joui d'une santé excellente jusqu'à sa 31e année; dans ce temps une petite pipe de bois qu'il avait tenue dans la bouche en dansant, lui était glissée dans la trachée-artère pendant une profonde inspiration. Aussitôt suivirent des accès d'étouffemens, augmentés par l'essai de parler ou d'avaler des boissons et qui ne cédaient pas non plus au traitement. Il se développa une affection chronique de la trachée, qui prit le caractère d'une phthisie trachéale. Le 8 avril 1833, le malade, tout d'un coup pris d'une toux convulsive violente, expectore avec beaucoup de pus et de sang un rudiment de la pipe, qui avait resté *onze ans et demi* dans la trachée. Depuis ce temps l'amélioration devint sensible, la douleur

locale au-dessous du larynx disparut, l'expectoration diminua et le malade fut à même de reprendre ses occupations.

(*Medicinische Zeitung vom Verein fur Heilkunde in Preussen*. 14 janvier 1835.)

VARIÉTÉS.

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE BELGE.

Traitement de M. Lubin. — *Rapport fait par* M. *le Ministre de la guerre.* — *Réflexions*

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de la singulière mesure adoptée par le gouvernement de confier aux soins d'un homme tout-à-fait étranger à l'art de guérir et qui se dit l'inventeur d'un spécifique universel, un certain nombre de soldats atteints de l'ophthalmie qui désole l'armée; nous avons fait ressortir tout ce qu'avait d'absurde et d'illégal une résolution aussi étrange; nous disions que le gouvernement assumait sur lui les suites funestes qui pouvaient résulter et qui résulteraient infailliblement d'un traitement irrationnel et empirique. Nos prévisions ne se sont malheureusement que trop bien accomplies, ainsi que le prouve le rapport fait à la chambre des représentans par M. le Ministre de la guerre, que nous reproduisons textuellement ci-après:

« Messieurs, ne voulant négliger aucun moyen de parvenir à extirper de notre armée le fléau de l'ophthalmie qui exerce ses ravages depuis près de 20 ans, j'avais, dès l'année 1833, autorisé un major d'infanterie à faire traiter secrètement par M. Lubin, dont on vantait le spécifique employé pour la guérison de cette maladie, 10 hommes de son bataillon alors en garnison à Bruxelles, en les envoyant dans un local que j'avais fait préparer, au lieu de les faire entrer à l'hôpital militaire de la place.

» Les billets qui leur furent donnés pour leur entrée à l'hôpital, par les médecins du corps, constatent bien qu'ils étaient atteints d'ophthalmie et qu'ils devaient être mis en traitement pour cette cause; mais l'état de leurs yeux ne fut pas décrit dans le billet d'entrée. Ces hommes, après un traitement de 7 à 27 jours, furent déclarés guéris par M. Lubin et parurent tels à l'officier supérieur chargé de leur surveillance.

» Appuyé sur le résultat heureux de ce premier essai et sur le compte qui en fut rendu aux chambres et au gouvernement, qui désirèrent que de nouvelles expériences fussent encore tentées, je donnai suite à une demande qui fut adressée au nom de M. Lubin pour l'autoriser à traiter ostensiblement les ophthalmistes de l'armée qui seraient confiés à ses soins et je fis approprier un local pour les recevoir convenablement.

» Mais, voulant être bien assuré des effets de ce traitement, je nommai une commission de trois membres pour en suivre tous les détails, en laissant néanmoins à M. Lubin toute l'autorité nécessaire pour employer son spécifique comme il l'entendrait et prescrire le régime qui lui conviendrait.

» Cette commission fut composée du major d'infanterie que j'avais chargé du premier essai;

» D'un employé supérieur du département de la guerre, ayant la plus grande confiance dans le spécifique qui devait être employé et qui avait rédigé la demande adressée au Roi au nom de M. Lubin;

» D'un médecin dont l'impartialité m'était bien assurée, et qui, à ce titre comme à tous autres, a acquis toute ma confiance.

» Cette commission fut mise sous la surveillance de l'inspecteur-général du service de santé de l'armée, mais sans qu'il eût à s'immiscer dans les détails, et seulement pour me rendre compte des résultats.

» Dès les premiers jours de septembre, on envoya à l'établissement 13 hommes, tant de

la garnison que de ceux alors en congé, après avoir fait constater l'état de leurs yeux par les médecins de l'hôpital militaire.

» Désirant connaître si les effets du spécifique de M. Lubin pouvaient avoir un bon résultat dans les divers degrés de la maladie, je décidai, d'après l'avis émis par la commission, qu'on évacuerait des hôpitaux de Louvain et de Gand, qui avaient alors un trop grand nombre de malades, 48 ophthalmistes qui furent, à leur arrivée, classés par catégories et divisés en deux parties égales, afin qu'à la suite de cette répartition, faite avec soin et justice, le sort pût décider quels seraient ceux qui seraient remis au traitement de l'hôpital militaire.

» Dans les 24 ophthalmistes que reçut M. Lubin, 13 venant de l'hôpital de Louvain n'étaient attaqués que de cas assez légers; mais les 11 qui venaient de l'hôpital de Gand, présentaient généralement des cas graves, et qui avaient résisté depuis long-temps aux traitemens employés dans les hôpitaux, et que M. Lubin me déclara néanmoins avoir l'espoir de guérir promptement.

» Ainsi 37 ophthalmistes ont été traités dans l'établissement de M. Lubin, sans compter huit militaires en congé, reformés, ou pensionnés, que j'ai autorisés depuis cette époque à suivre le traitement dans l'établissement.

» C'est sur ces 37 malades, plus ou moins gravement attaqués de l'ophthalmie, que la commission fut chargée d'exercer une surveillance attentive, de constater chaque jour le résultat du traitement, et de m'en rendre compte.

» Cette expérience commencée le 1er septembre a été continuée jusqu'au 16 de ce mois, ce qui fait un laps de temps de cinq mois et demi, et il en résulte :

» 1° Que, sur les 37 malades, 16 se trouvaient encore en traitement au 16 février;

» 2° Que, sur ces 16 malades :

» 2 étaient encore aveugles, mais l'un d'eux l'était déjà à son arrivée.

» Et pour les 14 autres, plusieurs ont éprouvé, pendant la durée du traitement, des accidens qui ont aggravé leur état, et les autres n'ont éprouvé aucune amélioration.

» 3° Que, sur les 21 sortis de l'établissement sur la demande de M. Lubin, 5 sont sortis guéris, et les autres atteints de granulations qui les ont fait renvoyer de leurs corps, en congé de convalescence.

» D'après le compte qui m'a été rendu du résultat du traitement des 37 malades traités à l'hôpital militaire,

» 7 avaient été complètement guéris.
» 23 étaient dans un état d'amélioration, mais l'un d'eux est mort par suite du typhus.
» 3 n'en avaient pas éprouvé.
» 1 était plus malade qu'à son entrée.
» 2 étaient devenus borgnes.
» 1 était devenu aveugle.

37

» Les membres de la commission à qui je demandai, dans les premiers jours de décembre, un nouveau rapport sur le résultat du traitement pendant les trois premiers mois, ne furent pas d'accord sur ces résultats, et chacun d'eux m'adressa un rapport particulier exprimant son opinion individuelle.

» Un des commissaires (le fonctionnaire du département de la guerre), après s'être plaint de ce que les ophthalmistes envoyés à l'établissement avaient été choisis parmi ceux qui offraient le moins de chances de guérison, termine ainsi son rapport :

» Je suis intimement convaincu que si le spécifique de M. Lubin est employé dans le principe, lorsqu'un cas d'ophthalmie se déclare dans un régiment, et même, de temps à autre, comme moyen préservatif, le fléau qui désole l'armée disparaîtra bientôt. »

» Le major d'infanterie, membre de la commission, déclare « que la violence du spécifique employé a occasioné les accidens les plus graves, causés par la purulence survenue; que, dans son opinion, les choses ont bien changé de face, et que, quelque croyance qu'il ait eue dans les moyens curatifs de M. Lubin, il est obligé de convenir que les effets n'ont pas

répondu à son attente, surtout d'après le résultat qu'il avait obtenu du premier essai, qui avait motivé son rapport du 19 décembre 1833.»

» Le médecin, membre de la commission, m'adressa un rapport détaillé sur l'état individuel des 37 malades confiés aux soins de M. Lubin, et il conclut des résultats qu'il présente : « qu'il faut renoncer au genre de traitement employé par M. Lubin, et renvoyer ceux des malades qui sont encore à l'établissement, soit à l'hôpital militaire, pour y être traités par les moyens ordinaires, soit à leurs dépôts ou dans leurs foyers, ceux qui ne sont attaqués que de granulations, suite de la maladie, et qui ne disparaissent qu'après un laps de temps assez long.»

» Je crus cependant devoir laisser continuer le traitement, et c'est le 9 de ce mois (février 1835) que, sur la demande que m'adressa M. Lubin de faire sortir de son établissement 13 des 19 malades qui s'y trouvaient encore, j'ordonnai la suppression de l'établissement.

Je dois vous dire, messieurs, que dans les premiers mois de l'expérience, l'amélioration des malades fut assez rapide, mais qu'il y eut réaction au mois d'octobre, et que la cause en fut attribuée à l'infection du local, qui tenait à son exiguité. Ce fut pour obvier à cet inconvénient que, sur la demande de M. Lubin, une partie des malades fut placée au dépôt du premier régiment, et vint tous les jours recevoir l'application du traitement donné par M. Lubin dans l'établissement.

» L'état individuel des 16 malades restant au 16 février a été constaté par deux membres de la commission et par l'inspecteur-général du service de santé. Le troisième membre de la commission s'est refusé d'assister à cette opération, et en donne pour motif que ne connaissant nullement la valeur des expressions techniques employées par les deux médecins dans la rédaction du procès-verbal qu'ils ont dressé eux-mêmes, il ne pouvait en conscience, ratifier de sa signature le contenu de ce procès-verbal, croyant d'ailleurs remarquer une prévention marquée dans les questions adressées aux malades.

» D'un autre côté, M Lubin, que j'avais remercié de ses soins et de son dévouement, se plaint de ce que, par les dispositions qui ont été prises, l'on n'a eu d'autre but que de le faire échouer dans l'expérience qu'il tentait dans la seule vue de l'humanité et des services qu'il pouvait rendre à l'armée, et cependant il rend justice aux efforts que j'ai faits pour qu'il eût toute la liberté d'agir et de diriger l'établissement confié à ses soins.

» Devant cependant ne m'en rapporter qu'aux résultats obtenus par M. Lubin et à l'hôpital militaire pendant ces cinq mois d'épreuve, j'ai pensé, messieurs, que cette expérience était bien suffisante, et que l'on pouvait en conclure que si le spécifique de M. Lubin produit d'heureux effets dans quelques cas d'ophthalmie, il en est d'autres sur lesquels il n'en produit aucun, et qu'il peut même aggraver.

» Je pense donc qu'il ne peut être appliqué à tous, et que ces divers cas doivent être traités par les méthodes adoptées par nos médecins dans nos hôpitaux militaires.

» Nous devons à leurs soins, à l'exécution des mesures qui ont été prescrites dans le courant de l'année dernière, une diminution sensible dans les ravages que faisait dans notre armée le fléau de l'ophthalmie : en maintenant encore les précautions prises pour en garantir nos soldats, nous parviendrons, du moins on m'en donne l'assurance, à atténuer les effets de cette cruelle maladie, si nous ne pouvons encore la faire entièrement disparaître.

» Voici, messieurs, quels ont été ses effets et les résultats du traitement pendant les neuf derniers mois de l'année 1834 :

6,452 militaires sont entrés aux hôpitaux pour cause d'ophthalmie; mais il est à remarquer qu'un assez grand nombre y est entré 2 ou 3 fois par suite de nouvelle attaque. (Il y en a quelques-uns qui y sont entrés 7 fois en trois années.)

3.371 ont été complètement guéris et renvoyés à leurs corps.

2,397 ont été envoyés en convalescence dans leurs foyers, n'étant plus atteints que de granulations palpébrales qui exigent le repos et un assez long temps pour disparaître entièrement.

108 ont été renvoyés aux dépôts de leurs corps avec la vue intacte, mais comme susceptibles d'être réformés pour d'autres causes.

109 sont devenus borgnes et ont été réformés avec une gratification de 120 fr.

91 sont devenus aveugles et ont été admis provisoirement à la pension.

376 restaient en traitement à l'époque du 1er janvier 1835.

» Ce résultat, tout pénible qu'il soit, est cependant dans des proportions moins fortes que dans les années précédentes, et c'est par ce motif que j'ai cru devoir vous le faire connaître.

» Mais, dans le rapport général qui vous sera bientôt soumis j'exposerai en détail les observations faites pendant l'année dernière, le résultat des mesures de précaution prises et du traitement employé.

» Il me suffit dans ce moment de vous donner l'assurance que la maladie n'est plus aussi répandue dans l'armée qu'elle l'a été dans les années précédentes.

» Et je soutiendrai tous les efforts du corps médical de l'armée et des officiers pour arriver le plutôt possible à l'extirpation complète de cette cruelle maladie. »

Voilà donc le spécifique de M. Lubin, le spécifique par excellence dont on a fait tant de bruit, définitivement jugé. Si les résultats déplorables des expériences comparatives auxquelles on l'a soumis n'ont pas répondu aux brillantes promesses de son inventeur, qu'ils servent du moins à dessiller les yeux de nos hommes d'état et à détromper la crédulité du vulgaire, toujours avide de nouveautés et de tout ce qui tient du prestige.

« Devant cependant ne m'en rapporter qu'aux résultats obtenus par M. Lubin et à l'hôpital militaire, pendant ces cinq mois d'épreuves, dit M. le Ministre, j'ai pensé que si le spécifique de M. Lubin produit d'heureux effets dans quelques cas d'ophthalmie, il en est d'autres sur lesquels il n'en produit aucun, et qu'il peut même aggraver.

« Je pense donc qu'il ne peut être appliqué à tous, et que ces divers cas doivent être traités par les méthodes adoptées par nos médecins dans nos hôpitaux militaires. »

Voilà qui est clair, et nous prenons acte de ces paroles ; nous pensons aussi que cinq mois d'épreuves sont bien suffisans, c'est même beaucoup trop, puisque dans cet espace de temps, sur les 37 malades qui ont subi le traitement de M. Lubin, 5 seulement ont été complètement guéris et un est devenu aveugle! ce qui ne fut peut-être pas arrivé si les malades avaient été traités d'après les principes de l'art (1).

On ne sait ce qu'il faut ici le plus déplorer, ou de la persévérance de M. Lubin à vouloir tout guérir à l'aide de son spécifique, ou de la confiance aveugle du gouvernement à permettre l'application d'un remède dont il ne connaît pas l'action. En France, lorsqu'un homme se déclare l'inventeur d'un remède secret dont il veut faire l'application, le ministre soumet ce re-

(1) Il ne sera pas sans intérêt pour l'histoire du fameux spécifique de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'article suivant que M. le Docteur Vanseveudonck écrivait en 1825, dans le *journal de Gand* (n° du 26 mai), alors que M. Lubin faisait déjà des démarches près du gouvernement pour obtenir l'autorisation d'essayer sur les yeux des soldats les effets de son baume.

« On lit dans le n° 141 du Belge, un article vraiment curieux. Il s'agit de la découverte récente d'un spécifique infaillible pour la prompte guérison de toute espèce d'ophthalmies sans distinction. L'inventeur en fait un secret, sans doute dans l'intention d'en tirer parti. Rien, selon nous, de plus ridicule ni de plus absurde que ces fastueuses promesses. Les maux d'yeux ne varient-ils pas, pour ainsi dire, à l'infini, d'après leur nature, leurs causes, leurs différens degrés, complications, constitution du malade, etc. ? Les moyens thérapeutiques qu'il convient de leur opposer, d'après les vrais principes de l'art, ne doivent-ils point également varier? Nous croyons cette vérité trop démontrée pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Ce spécifique perfectionné qui, d'après ce que son colporteur assure, dissipe les ophthalmies naissantes en 24 heures et les plus compliquées en 12 jours, a attiré l'attention de S. Exc. le ministre de l'intérieur, et il paraît que l'essai en sera surveillé, et l'efficacité vérifiée par des médecins nommés *ad hoc*. Quant aux deux derniers faits, nous n'hésitons point de les révoquer en doute, et en voici la raison : Le soi-disant inventeur de *l'anti-ophthalmique* appartient-il à l'art de guérir, ou non? En cas d'affirmatif, n'a-t-il pas, par ses démarches peu délicates, dérogé à sa dignité de médecin, et encouru *l'anathème* lancé par le célèbre de Heen : *impius est, qui utile celat arcanum ?* En cas de négatif, la déclaration de son invention ne suffit-elle pas pour le convaincre qu'il a exercé illégalement l'art de guérir, et qu'il est, par conséquent, coupable devant la loi? car il est à présumer que ce n'est pas à une révélation surnaturelle qu'il doit la connaissance de l'antidote qu'il ose préconiser avec tant d'emphase, mais bien à des expériences téméraires. Quelle attention mérite-t-il donc et de la part de S. Exc. le ministre de l'intérieur et de la part des médecins vraiment dignes de ce nom? aucune, sans doute. Quant au premier fait, nous sommes loin de nier que des ophthalmies naissantes ne puissent être avortées dans les 24 heures, et des graves ou compliquées guéries en 12 jours ; cela n'offre rien de merveilleux ni de bien extraordinaire ; l'ophthalmie militaire même, réputée si maligne et désastreuse par sa nature, cède au bout de 2 à 8 jours à un traitement méthodique, surtout lorsqu'il est dirigé par des médecins pénétrés de ses vraies causes, comme les officiers de santé du régiment des hussards n° 8, de cette garnison, le prouvent journellement. L'on sait que ces messieurs traitent les ophthalmistes à la caserne, et que depuis cette époque, le régiment dont ils font partie, n'a plus de victimes à déplorer du fléau désolateur de l'armée. »

mède à l'Académie de Médecine, qui délibère avec connaissance de cause et après que la composition du remède lui a été confiée. Cette marche, la seule raissonnable, n'a pas été suivie chez nous, où à défaut d'un corps savant on pouvait consulter une commission médicale; et, sans autre avis préalable que l'invitation de quelques membres de la représentation nationale, partisans du famcux spécifique, le ministre a pris sur lui d'autoriser un homme étranger à la science d'exercer son empirisme sur les yeux de nos soldats. Et c'est dans la Belgique libre et constitutionnelle, où la responsabilité ministérielle est censée une réalité, qu'une loi sur l'art de guérir, en vigueur depuis plusieurs années et qui n'a pas été abrogée par une nouvelle, est ainsi foulée aux pieds, violée impunément! Que dira l'Europe éclairée à la vue d'un spectacle dont nos annales n'offrent point d'exemple? Elles nous croira encore au berceau de la civilisation, ou aux temps du moyen âge. Quel jugement portera-t-elle sur le corps médical tout entier qui n'a pas protesté contre des mesures aussi ridicules que funestes à l'humanité? A cela nous répondrons que les médecins ont voulu, par leur silence, faire justice de ces jongleries, et ils ont bien fait, car on ne doit pas accorder à des pareils remèdes plus d'importance qu'ils méritent. C'est leur faire trop d'honneur que de s'en occuper. Les médecins n'ont pas perdu à attendre; ils ont été suffisamment vengés du mépris qu'on semblait affecter pour leur art. Désormais il n'y aura plus que les sots ou les imbéciles qui croiront aux vertus miraculeuses du spécifique de M. Lubin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel *des maladies spéciales de la peau, vulgairement connues sous les noms de dartres, teigne, lèpre*, etc.; par C. M. Gibert, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin du bureau central des hôpitaux, professeur particulier de pathologie cutanée.— Bruxelles, Librairie médicale de J.-B. Tircher, rue de l'Étuve, n° 20, et P.-J. Voglet, imprimeur-libraire, rue de l'Empereur, n° 20. — 1 vol. in-12, 1835. — Prix : 3 fr. 50.

Malgré l'extension qu'a prise en France depuis plusieurs années l'étude des maladies de la peau, le besoin d'un ouvrage spécial sur ces maladies se faisait sentir. Le grand ouvrage de M. Alibert ne se trouve que dans quelques bibliothèques; le manuel du même auteur n'est plus à la hauteur de nos connaissances actuelles; et une nouvelle édition de l'excellent ouvrage de M. Rayer est depuis long-temps attendue. Le *Manuel* de Gibert est venu remplir cette lacune; c'est une bonne fortune pour les élèves et pour les jeunes médecins, qui y puiseront des notions utiles et fort exactes sur les maladies de la peau *spéciales* et usuelles, celles que tout praticien est appelé journellement à traiter L'auteur a négligé à dessein et comme étant superflues les maladies exotiques, rares, ou sur lesquelles il règne encore beaucoup d'incertitudes et d'obscurité. Il a insisté avec un soin particulier sur les détails thérapeutiques; il a en outre indiqué les formules les plus usitées à l'hôpital St Louis et rappelé tout ce que les auteurs qui l'ont précédé nous ont appris sur les maladies de la peau et plus particulièrement sur leur traitement.

Après des considérations générales d'un grand intérêt, l'auteur décrit successivement toutes les maladies de la peau d'après la classification suivante, fondée sur la considération des formes capitales observées par les auteurs de tous les temps. Huit ordres composent cette classification : 1° *Exanthèmes*; 2° *bulles*; 3° *vésicules*; 4° *pustules*; 5° *papules*; 6° *squammes*; 7° *tubercules*; 8° *taches*. L'espace nous manque pour faire l'analyse du livre de M. Gibert, qu'il ne faut pas confondre avec ces Manuels qui ont inondé dans ces derniers temps le commerce de la librairie, et dont la plupart offrent un extrait trop concis de la science qu'ils ont pour objet. Celui-ci, au contraire, a le mérite de n'être ni trop bref ni trop étendu, et l'auteur a eu le bon esprit de profiter des recherches de nos dévanciers tout en mettant son livre, que nous considérons comme un excellent traité des maladies de la peau, au niveau des connaissances actuelles.

Dr M.....

Errata.— A la p. 52 du numéro de février, il s'est glissé deux fautes essentielles à corriger, et que nous prions nos lecteurs de rectifier : lig. 21, au lieu de *Elephas monorynchus*, lisez : *Elephas macrorynchus*.

Lig. 23, au lieu de *resserrer les bornes de la science*, lisez : *reculer*, etc.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

LEROY (D'ÉTIOLLES). Catarrhe de la vessie, dépendant de l'existence de calculs urinaires. 19
Crépitation des coulisses tendineuses radiales. — Erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner. — Sa cause. — Son traitement. 22
MALAGODI. De la résection complète du cubitus, comme moyen de prévenir l'amputation de l'avant-bras. 23
Nouveau traitement des tumeurs érectiles. 25
Térébenthine employée comme spécifique dans le traitement de la blennorrhagie. *ib.*
TREBUCHET. Lettre sur l'impuissance considérée dans ses rapports avec le mariage. 26
HUFELAND. Avantages de la réunion de divers médicamens dans les prescriptions. 28
Liqueur dépurative de Kœchlin contre les affections scrofuleuses. 29
Teinture et infusion de racine de Sénéga dans les maladies des yeux. *ib.*
Mesure de police relative à la syphilis. 30
Mort et obsèques de M. Dupuytren. (*a*).
Revue des journaux français et étrangers. (*a*).

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

TROUSSEAU. De la cautérisation du larynx dans certains cas d'aphonie chronique. 35
HALMA-GRAND. Accouchement : observation d'une présentation de la face, au détroit supérieur, pour laquelle on a pratiqué l'opération césarienne. 40
BOURJOT St.-HILAIRE. Considérations générales sur les maladies des voies lacrymales, recherches anatomiques sur la hauteur et la largeur du conduit nasal; modifications importantes à apporter dans le modèle de la canule à demeure, dite du professeur Dupuytren. 44
LEROI. Observation d'un utérus bilobé. 53

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

ALEX. THOMSON. Observation d'une hernie inguinale externe réduite par une nouvelle méthode. 29
LABAT. Heureux effets d'une atmosphère froide dans le traitement de la fièvre jaune. 34
» observations tendant à démontrer les bons effets thérapeutiques de la syncope. 35
LEGUILLOU. Incontinence d'urine compliquée de phymosis, guérie par l'opération de la circoncision. 36
BROUSSAIS (F.-J.-V.) Nécessité d'une théorie dans l'exercice de la médecine pratique (2e et dernier article). 37

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

PESCHIER. Sur le saccharum lactis. 19
» Remèdes tirés ou à tirer du règne animal. 20
ISOPATHIE. Psorine, etc. 23
CORRESPONDANCE. Lettre du Dr. Widnmann, de Munich. 25
MALAISE. Observations pratiques. (*a*).

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

ERDY. Leçons de clinique chirurgicale sur les luxations de l'avant-bras, sur celles du bras, de la jambe et sur les fractures du genou. 51
BÉRARD JEUNE. Ostéogénie : mémoire sur le rapport

qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs, et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os. 59
MONDIÈRE. Quelques faits pratiques. Observations thérapeutiques sur diverses névralgies. 62
BELLINGERI. Observation de névralgie sus-orbitaire traitée avec succès par l'incision et la cautérisation, suivie de quelques réflexions physiologico-pathologiques. 69
HEYFELDER. Observations et réflexions sur la péricardite rhumatismale. 73
MONTGOMMERY. De la présentation de la tête au détroit inférieur. 75
SONNIE-MORET. Tumeur encéphaloïde dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale. 77
STOKES. De l'existence d'une membrane fibreuse, propre au poumon. 79
Héméralopie épidémique. 80
HENDERSON. Rupture des valvules aortiques. *ib.*
BALLINGALL. Rupture du tendon du biceps-brachial. 81
FOURNET. Diabète sucré guéri par le régime azoté. 82
LUIGI SCERRA. Rupture de l'utérus causée par le développement considérable de la rate. 84

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

St.-GEORGES RANSOL. Philosophie de la médecine. Quelques réflexions sur l'état actuel de la médecine en France. 29
BAYLE. Sur l'emploi de la digitale contre la phthisie pulmonaire. 31
PRUS. Observation suivie de réflexions sur un cas remarquable de pleurésie chronique avec pneumothorax, et formation de concrétions osseuses au milieu de l'épanchement. 34
LEMOINE. Observations d'ascite compliquées d'affections organiques du foie et de l'ovaire. 38
ANT. DUGÈS. Description d'un cas de monstruosité; suivie de quelques réflexions. 39
MARTINS. Exposé de plusieurs expériences homœopathiques faites en Allemagne. 41
SALVATORE ROUCHI. Sur l'épidémie de variole qui a régné à Naples. 44
GALLI DE NOVARA. Paraplégie rhumatique guérie par l'extrait alcoolique de noix vomique. 46
SPERANZA. Usage du charbon animal dans les scrophules. 47
PODREGGA. Pustules aux pieds à la suite de l'emploi du tartre stibié. 48
POLETTI. Pustules développées à l'anus à la suite de frictions de tartre stibié sur la région de l'épine. *ib.*
Vaste empyème du côté gauche du thorax, simulant un abcès splénique. 49
Bulletin de la société anatomique. *ib.*
Revue analytique et critique des journaux français. (*a*).
Mort et obsèques du professeur Dupuytren. (*a*).

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

SEGOND. Considérations pratiques sur la nature et le traitement de la dysenterie. 46
MONDIÈRE. Note sur une épidémie de fièvre grave (dothinentérie) qui a régné dans le canton de Loudun. 53
ANTHONY. Hernie congéniale des viscères abdominaux à travers le diaphragme, chez un enfant mort peu d'instans après la naissance. — Faits analogues, par le Dr. Forget. 59
FORGET. Humorisme rationnel. — De l'influence que les sécrétions du tube digestif exercent dans les maladies en général. 61
PELLETAN (JULES). Résumé général de la clinique de la Charité pendant l'année 1834. (Service de M. Bouillaud). 68

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. — § I. Du bubon indolent; son traitement par les frictions avec l'hydriodate de potasse, la teinture d'iode, les réfrigérans, la compression, etc. 15
§ II. Du traitement du bubon syphilitique par les vésicatoires et la cautérisation. 16
DUFRESNE-CHASSAIGNE. Observation de péritonite survenue à la suite d'accouchement, rapidement guérie par les frictions mercurielles. 18
Note sur un nouveau procédé pour la réduction des luxations du fémur. 19
DEVERGIE (ALPH.) Deuxième lettre sur la médecine légale. 20

I. GAZETTE MÉDICALE.

SMITH. De la dysentérie et de son traitement par le calomel administré à doses élevées. 97
ALBIN GRAS. Considérations sur les symptômes et l'étiologie de la gale. 100
PHAIL. Identité de la variole et de la vaccine. 101
ROBINSON. (L.) Observation de hernie ombilicale congéniale. *ib.*
GEDDINGS. Réflexions sur la pathologie et le traitement

de l'anémie ou oligémie. 102
HEUSTIS. De l'adhésion permanente ou l'incorporation du placenta au tissu de la matrice. 103
CHARLTON. Remarques sur les cas de rétention du placenta. 104
KECKELEY. Description d'une nouvelle attelle, pour la fracture de la clavicule. *ib.*
WATSON. Observation de grains de plomb rendus par l'urètre. 105
PAULY. Ostéo-sarcôme énorme de la mâchoire inférieure ; désarticulation de la moitié droite de l'os maxillaire ; dissection de la partie antérieure et latérale droite du pharynx. *ib.*
ROGNETTA. Recherches sur la nature et les variétés des ossifications accidentelles. 108
Histoire d'un empoisonnement par les graines de stramonium. 112
GOLDING BIRD. Modification produite sur l'huile de ricin pendant son passage à travers les intestins. 113
LEFÈVRE. Observations sur la nature et l'origine de la maladie appelée la plique de Pologne. 114
Observation d'un cas dans lequel des portions de tænia ont été entraînées hors de la vessie. *ib.*
Observation d'une maladie de la glande pinéale. 115
NOBLE. Expériences relatives au sens du goût. 116
MARCHAL. Ulcère cancéreux de la lèvre inférieure ; emploi de la créosote ; guérison. *ib.*
FEUILLETON sur Dupuytren. 118
BAUMÈS. Quelques réflexions sur l'apparition des fluides gazeux dans le corps de l'homme malade. 121
WALTHER. Mort par suite de jeûne. 123
ALBERS. Sur les diverses tumeurs du larynx. *ib.*
BIRD (FRÉD.) De la constitution médicale des années 1831 et 1833 dans ses rapports avec l'état sanitaire des aliénés à l'hospice de Sieburg. 126
TRUCKMULLER. Études sur l'hydropisie de l'ovaire et sur sa cure radicale. 128
SACHS. De l'ulcération de la matrice de l'ongle sous le rapport historique et pratique. 129
STRAHL. Des effets de l'indigo dans les affections spasmodiques. *ib.*
SIEMERLING. Traitement des ulcères chroniques des jambes. *ib.*
KORTUM. Observation d'un empyème suivi de guérison. 130
BECKER. Exemple d'une xénoménie par les poumons. *ib.*
WAGNER. Histoire d'une épidémie charbonneuse ; propagation du charbon par le contact des animaux infectés, et par l'emploi de leur chair comme aliment. 133
PROSPER DOR. Observations cliniques faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille pendant l'année 1833. 136
I. Fièvres typhoïdes. 137 et suiv.
II. Phthisie pulmonaire. 142
III. Fièvre intermittente. 143
IV. Tumeur mobile, dure, bosselée, dans la région iliaque droite, formée par l'iléon, contenant 92 balles de plomb et 120 noyaux de prunes. 144
V. Exemples remarquables de corps étrangers introduits dans le rectum. 145
VARIÉTÉS. Mort et obsèques de M. Dupuytren. 146

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

ANDRAL. Leçon sur l'entérite folliculeuse. 71
» Leçon sur la gastrorrhée, ou flux muqueux de l'estomac. 73
BIENAYMÉ. Statistique. — De la durée de la vie de l'homme en France depuis le commencement du 19e siècle. 74
GUERSENT. Observation d'hémorrhagie cérébrale, chez un enfant de onze ans. 76
» Hydrocéphale chronique survenue du 15e au 25e mois après la naissance. 77
LEDAIN. Paralysie du corps de la vessie ; spasme névralgique du col de cet organe chez un enfant de neuf ans ; prompte guérison par l'emploi des injections froides. 78
CHOMEL. Pleuro-pneumonie intense promptement enrayée dans sa marche par les émissions sanguines et le tartre stibié à hautes doses combinés. 79
» Pleuro-pneumonie droite avec ictère, compliquée d'une lésion du foie ; un mot sur les pneumonies dites bilieuses. 80
» Fièvre typhoïde ; fréquence et gravité de cette affection ; emploi des chlorures et des stimulans. *ib.*
Procès-verbal de l'ouverture du corps de M. Dupuytren. 81
BÉDOR. Observation de *framboesia* ou Pian. 83
RACIBORSKI. Compte rendu du premier trimestre d'hiver de la clinique de M. Bouillaud, à l'hôpital de la Charité. 83
GUERSENT. Observation sur un cas de tubercule du cervelet. 86
» Rougeole antécédente ; deux mois après céphalalgie intermittente, puis continue ; vomissemens, somnolence, dilatation des pupilles ; mort ; épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux ; ramollissement de la voûte à trois piliers ; tubercules du cervelet. *ib.*
CARRON (DUVILLARDS). Ophthalmie catarrho-scrophuleuse avec ulcération profonde de la cornée ; inutilité du traitement homœopathique ; cautérisation avec le nitrate d'argent ; guérison. 87
» Ophthalmie catarrhale peu intense, produite par un changement subit de température ; lésion traumatique de la cornée ; cautérisation ; guérison. 88
EDWARDS (M.) De la gélatine considérée comme substance alimentaire. *ib.* et 93
Grossesse et accouchement d'une jeune fille de dix ans. 91
FOUQUIER. Menstruation d'une jeune fille par l'estomac ; hématémèse symptomatique. *ib.*
RAMSAY. Empoisonnement de douze personnes de la même famille par l'arsenic. 92
GEDDINGS. Onguent contre les hémorrhoïdes. 95

Mojon. Traitement de l'aménorrhée et des douleurs utérines qui accompagnent et précèdent la menstruation, par le gaz acide carbonique. 95
Pariset. Mouvement de la population de la division des aliénés à Bicêtre, pendant le mois de janvier 1835. *ib.*
Choléra-morbus de Marseille. 96
Meurtre d'un médecin par un malade. *ib.*
Chomel. Entérite accompagnée de quelques symptômes typhoïdes ; incertitude du diagnostic au début ; emploi des antiphlogistiques ; guérison. 97
» Chorée survenue sous l'influence d'un trouble de la menstruation ; retour des menstrues ; emploi des bains et des antispasmodiques ; guérison. *ib.*
» Rhumatisme articulaire aigu parcourant toutes les articulations, à l'exception de celle du genou gauche qui est affectée d'ankylose ; saignée au début ; puis emploi du colchique ; guérison lente. 98
Moulinié. Amputation de la jambe sur un bossu ; hémorrhagie grave. *ib.*
Recherches zoologiques sur les poux. 99
Clinique chirurgicale de l'hôpital St.-Pierre à Bruxelles. Plaie profonde à la partie supérieure interne du bras ; lésion de l'artère collatérale profonde, du nerf cubital, et de la partie postérieure de l'humérus ; guérison. (Obs. empruntée au Bulletin médical Belge). (*a*).
Sur l'emploi interne et externe de la créosote, par le professeur Wolff de Berlin. (Emprunté au Bulletin médical Belge). (*a.*)

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Sandras. Quelques réflexions sur la nature et le traitement d'une névralgie très-commune à Paris depuis quelques mois. 37
Du traitement de l'éclampsie chez les femmes en couches. 39
Rognetta. Réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales récentes. 40
Boutigny. Note sur la préparation du proto-iodure de mercure. 42
Accouchement impossible d'un enfant hydrocéphale. Broiement de la tête. 43
Piedagnel. Recherches sur l'action thérapeutique de l'huile de croton-tiglium. 44
De l'état actuel de la thérapeutique concernant les rétrécissemens les plus graves du canal de l'urètre chez l'homme. 46
Un mot sur le traitement des ulcérations de la cicatrice ombilicale. 48
Réflexions thérapeutiques sur l'amputation du gros orteil dans la continuité du premier os métarsien. *ib.*
Soubeiran. Note sur la préparation de l'huile de croton tiglium. 49
Mouchon (Émile). Note sur la préparation d'un sirop d'orgeat au lait. 50
Granet. Nouvelle préparation du cérat de Galien. 51

M JOURNAL DE PHARMACIE.

Boullay. Sur la méthode de déplacement. 19
Rose (Henri). Sur les résines. 25
Faraday. De la propriété des métaux et d'autres substances solides pour déterminer la combinaison des substances gazeuses. 30
Thierry. Nouveau procédé pour obtenir la cantharidine. 33
Salles. Note sur la teinture d'opium. 34
Nouvelles des Sciences. Aérométrie. 35
rogramme de deux sujets de prix proposés par la Société de Pharmacie de Paris. 36
Séance de la Société de Pharmacie. 38

N JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Lassaigne. Mémoire sur les combinaisons de l'iode avec le palladium et l'iridium. 17
Julia-Fontenelle. Note sur l'existence de l'amidon dans l'orge germée, ayant plus de 3,000 ans d'existence. 19
Beral. Formules de tablettes à base de bi-carbonate de soude, ou pastilles digestives de d'Arcet, dites pastilles de Vichy. *ib.*
Boutigny. Note sur la section des dents et leur coloration artificielle pour se faire exempter du service militaire. 21
Note sur les emplois du chlorure de zinc. 23
Chevallier (A.) Note sur la préparation de l'huile volatile de Caoutchouc. 24
Mischerlich. Sur la formation de l'Éther. *ib.*

O. BIBLIOGRAPHIE.

The cyclopœdia of practical medicine (Encyclopédie de médecine pratique) tomes 2e et 3e. 53
Richter (A.-L.) Lehrbuch von den Brüchen und Verenkungen, zum Gebrauche für Studirende. (Sur les fractures). 56
Hahnemann. Exposition de la doctrine médicale homœopathique, ou organon de l'art de guérir (5e édition). 58
Dubois (d'Amiens.) Traité de pathologie générale. 60
Buisson. Anatomie et physiologie des annexes du fœtus. 61

P.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Moyen de distinguer certaine fraude dans les écritures, — Orthopédie. — Rapport sur le species général des coquilles vivantes. — Élections, 63. — Fœtus humain vomi par un enfant de trois ans. — Coexistence de deux systèmes d'appareil respiratoire dans certaines aranéides. — Nouveau procédé pour conserver le lait sous un petit volume. — Circulation dans les cellules aquatiques des plantes, 64. — Extraction du sucre contenu dans les tiges de maïs. — Mémoire de M. Edwards sur la gélatine, 65.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Luxations de l'épaule. — Correspondans étrangers. — Annexes du fœtus humain, 67. — Préservatif de la syphilis. — Frambœsia, 68.

Tumeur de nature douteuse. — Préservatif de la syphilis. — Charlatans. — Réseau muqueux. — Luxations congéniales. — Monstruosité, 69. — Bouts de sein. — Pièces pathologiques, 70.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Influence de la digestion sur l'économie animale dans les opérations chirurgicales. 71

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CANSTATT. Sur l'ophthalmologie (1er article). 53

FALLOT. 27 ans, constitution lymphatique; entérite folliculeuse typhoïde; tumeur iliaque droite, fonte par les antiphlogistiques : phlegmasia alba dolens de la cuisse droite; résolution par les antiphlogistiques; guérison au bout de cinq mois. 55

DESTRYCKER. Observation de colique saturnine, guérie par l'emploi du sulfate d'alumine et de potasse. 57

DECOURTRAY ET ACCARAIN. Un mot sur l'homœopathie, (3e lettre). 59

LUTENS. Observations cliniques recueillies à l'hôpital militaire de Gand. 63

I. Tumeur blanche au genou droit; induration du tissu cellulaire; abcès; amputation de la cuisse. *ib.*

II. Plaie pénétrante de l'articulation du genou; accidens qui nécessitent l'amputation de la cuisse. 64

III. Ophthalmie de l'armée. Considérations générales sur le traitement des granulations. 65

PHILIPPART. Observation d'hémorrhagie nasale abondante. 67

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

DROSTE. Emploi du sulfate de cuivre dans le traitement du croup. (Extrait par le Dr. Canstatt.) 68

KLOSE. De la vertu médicatrice du vaccin. (Extrait de l'allemand par le Dr. Canstatt.) 69

MISCELLANÉES, recueillies par le Dr. Canstatt.

I. Contractions dans une extrémité amputée, 70. — II. Avantages de l'emploi de la levure de bière dans les affections scorbutiques, *ib.* — III. Lésion mortelle déterminée par un coup de pistolet chargé sans balle, *ib.* — IV. Observation intéressante pour la médecine militaire, *ib.* — V. Expulsion spontanée de corps étrangers ayant pénétré dans la trachée-artère, après un long séjour dans cette dernière, 71.

VARIÉTÉS.

Ophthalmie de l'armée belge. — Rapport fait par M. le ministre de la guerre. — Réflexions. 72

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel des maladies spéciales de la peau, etc.; par M. GIBERT (Analyse). 76